



05.01.2022

Transkript

„Neue Erkenntnisse zu Omikron und Ausblick“

Experten auf dem Podium

- ▶ **Prof. Dr. Andreas Schuppert**
Leiter des Institute for Computational Biomedicine, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen (RWTH)
- ▶ **Prof. Dr. Jörg Timm**
Leiter des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Düsseldorf
- ▶ **Prof. Dr. Clemens Wendtner**
Chefarzt der Infektiologie und Tropenmedizin sowie Leiter der Spezialeinheit für hoch ansteckende lebensbedrohliche Infektionen, München Klinik Schwabing
- ▶ **Philipp Jacobs**
Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany, und Moderator dieser Veranstaltung

Mitschnitt

- ▶ Einen Videomitschnitt finden Sie unter: <https://youtu.be/1wSYX4oNoTo>
- ▶ Falls Sie eine Audiodatei benötigen, können Sie sich an redaktion@sciencemediacenter.de wenden.



Transkript

Moderator [00:00:00]

Herzlich willkommen zum nächsten Press Briefing des Science Media Center. Dieses Mal zum Thema Neue Erkenntnisse zu Omikron, und wir möchten natürlich auch einen kleinen Ausblick in die Zukunft wagen. Mein Name ist Philip Jacobs, und ich bin hier Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften. Die Omikron-Variante breitet sich in Deutschland ja immer weiter aus. Wir alle sehen es und hören es natürlich. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach rechnet damit, dass die Variante sehr bald vorherrschend sein wird. Bei einer einfachen Fortschreibung der Wachstumsraten so vor Weihnachten könnte das eigentlich jetzt schon der Fall sein oder in den nächsten Tagen schon noch passieren. Nun ist es aber so, dass aktuelle Studien oder erste Studien auch darauf hindeuten, dass Omikron sich zwar rascher ausbreitet, aber vor allem im Vergleich zur Delta-Variante zu mildereren Krankheitsverläufen führen könnte. So scheint die Viruslast in der Lunge etwas niedriger zu sein als bei Delta, und Krankenhausdaten aus Großbritannien stützen das derzeit ein wenig. Dort steigt zwar die Zahl der Corona-Patienten in den Kliniken, aber die Zahl der Beatmungsplätze stagniert derzeit noch und geht zumindest nicht stark nach oben. Die Patienten werden also behandelt, benötigen aber offenbar bisher noch nicht in den starken Fällen wie bei Delta so viele Atemhilfen. In Deutschland ist es ja noch so, dass die Hospitalisierungsrate, unabhängig davon, wie gut sie jetzt momentan greifbar ist, derzeit noch sinkt. Allerdings ist anzunehmen, dass aufgrund allein der hohen Infektiosität von Omikron eine größere Belastung für das Gesundheitssystem und die Wirtschaft noch anstehen könnte, als es die Daten bisher suggerieren. Deshalb wollen Bund und Länder ja auch zum Beispiel am Freitag über neue Kontaktbeschränkungen sprechen und über Quarantäneanpassungen. Unter anderem darüber und über den weiteren Ausblick und was wir alles über Corona und das Omikron-Virus bis jetzt wissen und vor allem auch über die Lage in den Kliniken möchte ich heute mit unseren drei Experten hier diskutieren, die ich gleich auch noch gesondert kurz vorstelle. Für Sie da draußen noch mal ganz kurz die Info, die Sie ja eigentlich schon kennen: Das Transkript fertigen wir zeitnah an und wird dann im Laufe der nächsten Tage auch bei uns auf der Website veröffentlicht. Die Aufzeichnung, also das Video hierzu, finden Sie auch schon wenige Stunden später auf YouTube. Und wie gesagt, die Bitte, wenn Sie Fragen haben, bitte stellen Sie die im F-&A-Tool, also im Frage-Antwort-Tool unten, nicht unbedingt in den Chat. Keine Angst, Sie bekommen keinen Rüffel, wenn Sie sie mal in den Chat stellen, aber benutzen Sie bitte das Frage-Antwort-Tool, das erleichtert uns, die Fragen einfach zu sammeln. Dann möchte ich die Experten gerne vorstellen. Ich weiß nicht, wie Sie bei Ihnen in der Reihenfolge sind. Ich fange bei mir rechts unten an, bei Herrn Schuppert, Prof. Dr. Andreas Schuppert, Leiter des Institute for Computational Biomedicine an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule in Aachen. Hallo Herr Schuppert.

Andreas Schuppert [00:02:46] Hallo.

Moderator [00:02:46] Prof. Dr. Jörg Timm, Leiter des Instituts der Virologie am Universitätsklinikum Düsseldorf, hallo Herr Timm.

Jörg Timm [00:02:53] Hallo.

Moderator [00:02:53]

Und Prof. Dr. Clemens Wendtner, Chefarzt der Infektiologie und Tropenmedizin sowie Leiter der Spezialeinheit für hochansteckende lebensbedrohliche Infektionen an der München Klinik



Schwabing. Herzlich willkommen Herr Wendtner. Schön, dass es bei Ihnen allen dreien auch so kurz nach Neujahr und Weihnachten auch geklappt hat. Herr Schuppert, ich würde gerne mit Ihnen starten, und zwar mit Blick auf die Inzidenzlage derzeit. Die ist ja aufgrund der Feiertage immer noch sehr undurchsichtig. So langsam schleppt sich das alles so ein bisschen nach. Aber können Sie uns vielleicht einen kleinen Ausblick geben? Wo stehen wir eigentlich derzeit, und mit welchen Wachstumsraten müssen wir bei Omikron eigentlich derzeit rechnen?

Andreas Schuppert [00:03:30]

Ja, zur aktuellen Inzidenzlage kann man sagen, dass wir in der Tat die niedrigen Zahlen durch die Feiertage, dass die nicht ganz ernst zu nehmen sind. Also, man muss da schon mit einer erheblichen Dunkelziffer rechnen. Faktum ist auf der anderen Seite aber auch, dass wenn man die Inzidenzen vergleicht mit den Intensivstationen auf Intensivstationen, die vergleichsweise parallel laufen, dann sieht man durchaus, dass wir im Moment jetzt noch keinen sehr starken Anstieg der Inzidenzen, zumindest deutschlandweit, erwarten können, also zumindest nicht, wenn wir es jetzt mit den Intensivstationen-Einweisungen deutschlandweit vergleichen. Das Bild ist, wenn man auf die einzelnen Bundesländer schaut, allerdings etwas heterogen. Wir sehen zum Beispiel, dass in Bremen, Schleswig-Holstein, aber auch Hamburg und inzwischen Hessen die Inzidenzen deutlich über den Inzidenzen vor Weihnachten liegen. Wir haben in Bremen und Schleswig-Holstein mehr als die doppelte Inzidenz wie vor 14 Tagen genau. Das ist mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit der Omikron-Mutante geschuldet. Auch in Hamburg haben wir auch über die Weihnachtsfeiertage gegen jeden Trend eine zunehmende Inzidenz gesehen, was darauf hindeutet, dass wir (es) da schon mit massiven Omikron-Ausbrüchen zu tun hatten, deutschlandweit insgesamt sehen wir das noch nicht, aber es ist zu erwarten, dass Omikron sich auch da durchsetzen wird.

Moderator [00:05:11]

Eine kurze Nachfrage vielleicht zu diesem Meldeverzug vor allem: Sind diese vergleichsweise, in Anführungszeichen, »guten Zahlen« von Omikron im Vergleich zu anderen Ländern in Deutschland nur auf diesen Meldeverzug zurückzuführen?

Andreas Schuppert [00:05:25]

Also ich glaube es ehrlich gesagt nicht, dass es nur Meldeverzug ist. Ich gehe mal schon natürlich aus, dass die Inzidenzen, die im Moment gemeldet werden, zu niedrig sind. Ich denke schon, dass wir heute reale Inzidenzen haben, die mit der Situation vor Weihnachten zumindest vergleichbar ist. Da hatten wir Inzidenzen um die 280/290. Heute werden 240 gemeldet. Ich glaube, da ist sicherlich einiges an Meldeverzug drin, aber man kann umgekehrt auch sagen, es gibt ja einzelne Bundesländer, die auch über Weihnachten hinweg Anstiege zu verzeichnen hatten. Und da kann man schon davon ausgehen, dass das ein nicht ganz unrealistisches Bild bietet. Und deswegen glaube ich jetzt nicht, dass wir deutschlandweit jetzt doppelt so hoch oder dreifach so hoch liegen. Wie gesagt, immer verglichen mit dem Meldeverhalten und der Dunkelziffer vor Weihnachten, ja. Auch da hatten wir ja schon eine Dunkelziffer gehabt und die kennen wir natürlich nach wie vor nicht genau.

Moderator [00:06:34]

Vielen Dank, Herr Schuppert. Herr Timm, ich würde gern mit Ihnen mal kurz auf die Viruslast eingehen, was Omikron angeht. Es gibt diese Studien, die suggerieren, dass die Viruslast in der Lunge etwas geringer ist, wodurch es mutmaßlich zu den etwas mildereren Krankheitsverläufen kommt.



Erste Frage wäre in die Richtung: Ist dem tatsächlich so? Kann man das so schon vermehrt beobachten? Und was heißt in diesem Vergleich milde Verläufe überhaupt, die daraus resultieren?

Jörg Timm [00:07:06]

Ja, also was die experimentellen Daten angeht, da gibt es in der Tat ganz gute Untersuchungen, dass jetzt in Zellkultur, wenn man versucht, unterschiedliche Zelltypen zu infizieren, aber auch aus dem Tiermodell immer mehr Hinweise, dass in der Tat sich Lungenzellen nicht so gut infizieren lassen wie die Zellen der oberen Atemwege. Und das deckt sich ja letzten Endes auch ein bisschen mit den klinischen Beobachtungen, die ja jetzt auch aus verschiedenen Ländern immer mehr kommen. Dass es eben nicht mehr ganz so häufig die tieferen Lungenabschnitte betrifft, die dann in der Regel ja zu den ganz schweren Verläufen auch führen. Von daher glaube ich, muss man jetzt tatsächlich davon ausgehen, dass diese Daten belastbar sind und das, was man in den Modellen beobachtet, auch klinisch nachvollziehen kann. Und das bedeutet, dass die Schwere der Erkrankung tatsächlich jetzt mit Omikron etwas abgenommen hat. Das bedeutet aber natürlich nicht – das sind ja keine Schwarz-Weiß-Effekte –, dass die Schwere der Erkrankung jetzt gar keine Rolle mehr spielt. Das sind graduelle Unterschiede, Risikofaktoren, die es vorher gab, die spielen natürlich auch weiterhin eine Rolle. Und von daher wird man jetzt nicht annehmen können, dass damit wir klinisch gar keine Probleme mehr haben – das wird Herr Wendtner sicherlich noch viel besser auch kommentieren können –, sondern es wird sicherlich so sein, dass sich einfach nur Verschiebungen ergeben. Wenn wir aber gleichzeitig eine sehr schnell verbreitete oder verbreitbare Variante haben und absolut gesehen sehr hohe Infektionszahlen haben, dann spielt das natürlich insofern eine erhebliche Rolle, als dass dann, absolut betrachtet, auch die Zahl der schweren Verläufe uns wieder Schwierigkeiten machen wird. Also, davon muss man ausgehen.

Moderator [00:09:01]

Wenn Sie vielleicht noch kurz was dazu sagen mit Blick auf Omikron, eben diesen Eigenschaften, die sie wahrscheinlich jetzt hat, was das für die Verbreitung und vor allem auch für die Effektivität der Tests bedeuten könnte? Gerade wenn man sagt, die Viruslast ist im Rachenraum vielleicht höher als bei Delta oder eben auch auf die Verbreitung jetzt gesehen – können Sie dazu was sagen?

Jörg Timm [00:09:19]

Also es gab ja so ein paar Überlegungen, vor allem auch was die Antigentests angeht, ob die Sensitivität der Tests in irgendeiner Weise beeinträchtigt ist, das ist jetzt einmal das rein Analytische. Die PCR-Tests, das kann man sicher sagen, das kann man auch relativ schnell nachvollziehen, die sind nicht beeinträchtigt, und die Antigentests, nach allem was wir jetzt sagen können, da gibt es ja auch vom PEI schon mal so eine gewisse Übersicht, so eine orientierende Auswertung zu, die sind auch nicht beeinträchtigt. Also die Veränderungen in dem Nukleocapsid, das ist ja das, was dann im Antigentest auch gemessen wird, die sind verglichen mit anderen Bereichen im Genom, insbesondere das Spike-Protein, da sind die im Nukleocapsid eben relativ gering, und die scheinen die Testung nicht zu beeinträchtigen. Das ist das Analytische. Diagnostisch ist natürlich dann noch mal relevant: Wie viel Virus wird tatsächlich dann in den oberen Atemwegen vorhanden sein? Und mir wäre jetzt nicht bekannt, dass das auch jetzt mit Blick auf Antigentests schon mal systematisch ausgetestet wurde in den größeren Fallzahlen an Patienten. Aber ich sage mal aus den theoretischen Überlegungen würde ich davon ausgehen, dass die Antigentests grundsätzlich da auch funktionieren. Allerdings muss man sagen, dass natürlich die Symptomatik sich vielleicht auch ein kleines bisschen verändert haben kann oder auch die Häufigkeit überhaupt einer Symptomatik, insbesondere weil wir ja jetzt doch erhebliche Teile der Bevölkerung haben, die grundimmunisiert sind. Und wenn die am Infektionsgeschehen wieder teilnehmen, davon ist auszugehen bei Omikron, dass



press briefing

dann natürlich auch häufiger Infektionen auftreten mit einer milden, vielleicht sogar gar keinen Symptomatik. Und das macht natürlich dann schon Probleme dann wiederum bei der Verbreitung, aber bei der Testung zunächst, würde ich mal annehmen, macht es keinen großen Unterschied.

Moderator [00:11:13]

Vielen Dank Herr Timm! Wir kommen sicherlich gleich noch auf Sie zu sprechen. Ich möchte kurz dem Dritten in der Runde noch etwas Wortanteil geben, Herrn Wendtner. Herr Wendtner, können Sie uns vielleicht einfach ganz kurz auf Stand bringen: Wie sieht es bei Ihnen derzeit in der Klinik aus, vor allem und natürlich auf den Intensivstationen? Welche Beobachtungen machen Sie bei den Patienten, die bei Ihnen vorstellig werden momentan?

Clemens Wendtner [00:11:32]

Ja, grüß Sie noch mal, Herr Jacobs. Ja, es sieht so aus, dass wir durchaus noch eine erhebliche Zahl an COVID-Patienten versorgen hier in München. Konkret haben wir 75 COVID-Patienten bei uns, 25 davon liegen auf Intensivstation. Das ist die Drittel-Regel, die wir eigentlich auch aus den anderen Wellen kannten, dass ein Drittel immer auf Intensivstationen zu behandeln ist. Wir haben auch die ersten Omikron-Fälle natürlich auch hier im Haus. Das heißt, wir haben einen Selektionsbias. Das heißt, die Patienten, die zu uns kommen, die sind per definitionem schwer erkrankt. Wir können also kein repräsentatives Bild zeichnen von der Klinik insgesamt, was Omikron angeht. Herr Timm hat es ja schon angeführt: Es gibt Hinweise aus UK, dass die Krankheitsschwere unter Omikron vermindert ist. Es gab ja diesbezüglich auch eine Erklärung von Herrn Ferguson. Man muss dazu sagen: Hospitalisierung ist nicht gleich Hospitalisierung. Also, wenn Sie jetzt alle Patienten betrachten, die ins Krankenhaus kommen, aber dann vielleicht gar nicht übernachten, dann ist sozusagen diesbezüglich eine Reduktion von 20 bis 25 Prozent zu sehen, was die Hospitalisierung angeht. Aber wenn Sie auf die Patienten schauen, die länger stationär sind, dann ist eine Reduktion im Bereich von 40 bis 45 Prozent zu sehen. Aber, man muss eben sagen, die Infektiosität ist höher. Das heißt, die absolute Zahl, wenn ich zwei- bis dreifach erhöhte Infektiosität habe, wird für uns in den Kliniken dann trotzdem ein Problem sein. Und ich betone: Die Situation aus dem United Kingdom, aus Dänemark, aus Portugal und ähnlichen Ländern ist nicht vergleichbar mit Deutschland. Wir haben in Deutschland zwei große Problemfelder. Das eine ist, dass wir 30 Prozent der Bevölkerung nicht vollständig geimpft haben. Und die Booster-Kampagne ist ja gerade erst angelaufen. Das heißt, wir liegen hier im Bereich von 30/35 Prozent Boosterung, und da sind wir sehr viel schlechter im europäischen und internationalen Vergleich. Das heißt also, die Effekte in Großbritannien, wo einfach eine sehr hohe Impfquote existierte und auch, politisch gewollt, eine Durchseuchung der Bevölkerung schon sehr früh stattfand, ist gewissermaßen protektiv, was Omikron angeht. Dieses Szenario haben wir nicht in Deutschland. Das heißt also, ich warne davor: Gerade für Ungeimpfte kann Omikron individuell betrachtet eben auch zu sehr schweren Verläufen führen, die auch uns auf Intensivstation belasten werden. Über Personalausfall – das können wir glaube ich dann später noch diskutieren. Das ist noch ein extra Problem, das natürlich auch Mitarbeiter betroffen sein können. Konkret, wir haben hier in den letzten Tagen 24 Mitarbeiter, die mit Omikron infiziert sind, entsprechend in Isolation gehen müssen und natürlich im Klinikbetrieb nicht einsetzbar sind.

Moderator [00:14:40]

Was würden Sie schätzen, wenn man sich die Lage in UK jetzt auch noch mal weiter anguckt, wie gesagt, mit dem reinen Volumen der Fälle, selbst wenn die Fälle jetzt milder sind, aber das reine Volumen jetzt eben die Krankenhäuser so belastet. Es gibt schon auch viele Fragen, die uns da erreichen, deswegen wollte ich vielleicht schon mal welche vorziehen. Die Frage danach, dass es jetzt wahrscheinlich eher nicht unbedingt so stark die Intensivstationen trifft, aber vielleicht



Normalstationen in Anführungszeichen oder halt eben per se das Krankenhaus als Ganzes mehr beeinträchtigen könnte jetzt. Was erwarten Sie da? Und wie könnte man mit dem vielleicht besser umgehen? Was man vielleicht auch mit Blick auf verschiebbare Operationen beachten könnte. Bei intensiv verschiebt man eben eigentlich eher sehr schwere Operation. Bei Normalstationen ist man natürlich schon bei den sehr gängigen Operationen, die man dann verschieben müsste.

Clemens Wendtner [00:15:23]

Ja, also diese Verschiebung von Operationen, von sogenannten elektiven Eingriffen, die zum Teil eben auch nur semi-elektiv sind, das ist eine Begriffsdefinition, hat ja schon während der Delta-Welle eingesetzt. Und das wird sich in meiner Prognose auch noch mal verschärfen in den nächsten Wochen. Selbst wenn wir mehr Patienten auf Normalstationen bekommen, bindet das logischerweise natürlich auch Personal. Wir haben ja bereits schon Pandemiestationen eröffnet. Das heißt, wir sind ja gar nicht mehr im Normalbetrieb. Es ist dann eher die Frage, wann Notfallversorgung eingeschränkt ist. Das droht sozusagen dann auch, wenn eben dieser Massenanstieg an Infizierten, um einen Begriff aus der Infektiologie zu nehmen, dem MANI, wenn das eben folgt. Und das Thema ist: Wir hatten in den früheren Wellen vorher eine sehr starke Talsohle erreichen können. Die Absprungbasis ist jetzt sehr hoch. Das heißt, wenn ich sage, wir haben hier in unserem Zentrum 75 COVID-Patienten, ist das sehr viel. In früheren Wellen sind wir mit vielleicht fünf oder zehn COVID-Patienten, die quasi Langlieger waren, in die nächste Welle gegangen. Das ist eine andere Ausgangsvoraussetzung, die wir jetzt haben, und die natürlich die Personalbelastung, egal ob in der Pflege oder im ärztlichen Bereich, verschärfen wird.

Moderator [00:16:54]

Ich möchte die Frage an Herrn Schuppert weiterreichen, was die Modellierung von den Kliniken momentan angeht. Können Sie da vielleicht einen Ausblick geben, was man bei Omikron jetzt vor allem zu beachten oder zu sagen hätte?

Andreas Schuppert [00:17:07]

Da kann man anhand der Daten, die im Moment vorliegen, insbesondere aus Dänemark, kann man schon sagen, dass ein großes Problem bei Omikron ist, dass es sehr starke Impfdurchbrüche macht. Das heißt, die Schutzwirkung vor einer Infektion durch Omikron liegt bei ungefähr 25 bis 30 Prozent je nach Altersgruppe, während bei geboosterten Menschen zwischen 76 und 82 Prozent, kann man davon ausgehen. Das heißt also, im Vergleich zu 68/70 Prozent bei Delta und 94/95 Prozent bei Geboosterten. Die Schutzwirkung gegenüber Omikron ist deutlich reduziert vor Infektion. Wir sehen deswegen auch in UK, Dänemark und anderen Ländern und auch bei uns teilweise schon massive Anstiege der Infektionen. Allerdings deuten die Daten darauf hin, dass die Schutzwirkung vor schweren Verläufen, insbesondere mit Intensivpflichtigkeit deutlich höher ist, deutlich weniger reduziert ist gegenüber Delta als gegenüber der eigentlichen Infektion. Man kann davon ausgehen, dass wir da trotzdem dann noch Schutzwirkungen sehen im Bereich von über 90 Prozent teilweise, sodass man auch bei Impfungen vor schweren Verläufen immer noch gut geschützt ist. Das führt dann dazu im Endeffekt, dass insbesondere bei einer schnellen Delta-Welle eine sehr hohe Einweisungsrate von nicht geimpften Patienten zu sehen sein wird. Wir werden sehr hohe Infektionen insbesondere bei doppelt geimpften Menschen sehen, allerdings eben mit sehr niedrigem Risiko, wirklich sehr schwer zu erkranken, sodass die Hauptbelastung der Krankenhäuser, insbesondere der Intensivstationen, sehr eindeutig von ungeimpften Patienten herrühren wird. Durch die Masse bei einer sehr hohen Delta-Welle kann es dadurch aber trotzdem zu einer sehr hohen Belastung kommen. Man kann quantitativ so ungefähr abschätzen, dass man bei Inzidenzen deutlich über 1000 dann auch wieder Intensiveinweisungszahlen sehen wird, die auf der Ebene der vierten Deta-



Welle dann liegen werden. Also so ungefähr 1.400, diese Zahlen sind in der Tat aber noch sehr, sehr unsicher, beruhen auf ein paar Annahmen, aber ich denke schon, dass man das sagen kann. Man muss aber dazu sagen: Dänemark hat im Moment schon landesweit Inzidenzen von 2.000. Also wir reden da durchaus über Zahlen, die auch in Europa sehr, sehr realistisch sind. Und es ist durchaus plausibel, dass auch in Deutschland solche Zahlen erreicht werden können.

Moderator [00:20:25]

Vielen Dank. Vielleicht als Nachfrage, die kommt auch schon von unseren Zuschauern und Journalisten, und gerne an Herrn Timm dann später auch weitergegeben. Und zwar ist die Frage: Gilt die Aussage mildere Verläufe über alle Altersklassen oder nimmt die Reduktion der Krankheitsschwere mit dem Alter ab? Trifft es gleichermaßen Geimpfte wie Ungeimpfte? Können Sie entweder Herr Schuppert oder Herr Timm, wer gerne zuerst möchte oder kann, dazu etwas sagen?

Andreas Schuppert [00:20:50]

Im Moment sieht es nach den vorliegenden Daten nicht danach aus, dass diese Reduktion, also das Verhältnis schwere Verläufe gegenüber Infektionen bei Omikron, sehr viel anders ist als bei Delta. Die momentanen Daten können gut so interpretiert werden, dass das Problem bei Omikron insbesondere die Infektion, die Impfdurchbrüche sind.

Jörg Timm [00:21:23]

Ich kann auch vielleicht nur ergänzen, was man jetzt aus UK beobachtet, dass tatsächlich über alle Altersgruppen es etwas weniger zu schweren Verläufen kommt. Das gilt auch für die Ungeimpften tatsächlich. Aber wie gesagt, das muss man graduell betrachten, das hat Herr Schuppert gerade ausgeführt. Das ist natürlich trotzdem so, dass wir ein Hauptproblem dann auch mit schweren Verläufen bei den Ungeimpften sicher haben werden bei großen Infektionszahlen. Es ist auch so, dass die Risikofaktoren nach wie vor gelten, und gerade das sieht man jetzt auch in UK bei den älter als 65-Jährigen. Das ist natürlich jetzt auch gerade in London zu sehen, dass die Krankenhausaufnahmen jetzt zunehmen mit den steigenden Infektionszahlen und das auch in allen Gruppen, also teilweise eben auch bei den zweifach Geimpften.

Moderator [00:22:15]

Herr Timm, ich würde bei Ihnen ganz gerne noch mal kurz bleiben. Es gibt noch die Frage: Es wird ja diskutiert, ob Omikron eine kürzere Generationszeit hat als frühere Varianten, und wie sicher weiß man das schon? Und vielleicht können Sie erklären, wieso das wichtig ist für den Verlauf dieser Welle.

Jörg Timm [00:22:31]

Also kürzere Generationszeit heißt, dass sie früher durch eine neue Variante abgelöst wird oder Generationszeit heißt, dass die Vermehrung, also die Virusvermehrung schneller abläuft?

Moderator [00:22:44]

Gemeint ist, glaube ich, in diesem Fall jetzt, wie lange es dauert, bis man selbst als Infizierter den Nächsten angesteckt hat.



Jörg Timm [00:22:52]

Ach so. Ja, es sieht so aus, als ob die Zeit – also, das muss man allerdings auch noch ein bisschen mit Vorsicht genießen, aber die ersten Daten deuten darauf hin, dass tatsächlich die Inkubationszeit, also bis zum Beginn einer Symptomatik –, die scheint noch kürzer zu sein. Das heißt, bis zum Nachweis vom Virus – da gibt es ja Berichte, dass teilweise drei Tage schon nach Exposition es dann auch wirklich zu dem Nachweis der Infektion gekommen ist. Das ist aber immer eine gewisse Bandbreite, die wir auch von den anderen Varianten schon kennen. Also, ich glaube, eine richtig belastbare Aussage würde ich mir dazu noch nicht zutrauen. Aber tendenziell deuten die Berichte eher darauf hin, dass es schneller geht, das ist richtig, was auch, ich sage mal, von der Theorie ganz gut abzuleiten ist aus der Tatsache, dass wir verstärkt ja auch die oberen Atemwege betroffen haben und da natürlich dann alle Wege nicht so weit sind, so muss man das vielleicht etwas trivial ausdrücken.

Moderator [00:23:56]

Bei den oberen Atemwegen kam noch mal die Frage: Heißt das, nur wenn die Viruslast in der Lunge niedriger ist, es dann automatisch eben die milderen Verläufe sind und gleichzeitig aber auch im Rachenbereich die Viruslast hoch sein kann? Ist das automatisch ein Beweis dafür, dass die Verläufe voraussichtlich mild sind?

Jörg Timm [00:24:17]

Nein, so kann man das sicherlich auch nicht sagen. Ich glaube, wenn wir jetzt mal die Erkrankungsverläufe angucken und was dann wirklich den schweren Verlauf bestimmt, dann ist das ja nicht allein nur die Virusvermehrung, sondern sehr häufig ist es ja tatsächlich eine Entzündungsreaktion, die ausgelöst wird, die dann ja auch den weiteren Verlauf sehr stark bestimmt. Es gibt schon Zusammenhänge wie: Mehr Virus desto tendenziell auch mehr Erkrankung, aber diese Korrelation ist relativ schwach. Das heißt, da spielen natürlich viele, viele andere Faktoren mit rein. Aber es ist natürlich so, wenn wir keine Entzündungsreaktionen in den unteren Lungenabschnitten haben, weil das Virus seltener und vielleicht nicht mit der gleichen Effizienz nach unten vordringt, dann passt das natürlich ganz gut zu der Überlegung, dass dann auch seltener schwere Verläufe auftreten. Diesen Zusammenhang würde ich jetzt hier schon erkennen. Da würde ich jetzt aber nicht unbedingt eine generelle Regel daraus ableiten, dass das immer so ist. Aber das war bei SARS 1 ja dann auch so, dass wir da eine sehr starke Symptomatik hatten und das ein Virus war, was vor allem in die tiefen Lungenabschnitte vorgedrungen ist, was ja epidemiologisch betrachtet ein Vorteil war insofern, als dass da klassische Eindämmungsmaßnahmen, Kontaktbeschränkungen von Infizierten sehr einfach umzusetzen waren, weil die Menschen einfach schwer krank waren. Das ist halt bei Erregern, die in den oberen Atemwegen sind, nur ganz schwer möglich.

Moderator [00:25:48]

Herr Wendtner, ich möchte gerne eine Frage an Sie stellen, die eben bei dem Krankenhaus-Thema noch mal kurz aufkam. Und es war die Frage: Wie bereiten Sie sich denn jetzt konkret zum Beispiel darauf vor, wenn jetzt das Personal vor allem wegen zwar auch milder Verläufe ausfällt? Wir hatten im Vorgespräch schon mal kurz die Bundeswehrhilfe angesprochen. Können Sie da vielleicht noch mal kurz einrätschen, wie man das handhaben würde?

Clemens Wendtner [00:26:14]



Es gibt im Prinzip drei Ebenen. Das Eine hatten wir schon angesprochen: Reduktion der elektiven Eingriffe und Interventionen allgemein gesprochen. Das Zweite ist Rekrutierung im eigenen Personalstamm, das heißt, da werden Reserven gelockert, entsprechende Urlaubssperren etc. sind ja dann Personalmaßnahmen. Das Dritte ist, dass wir auch Unterstützung durch die Bundeswehr konkret auch hier schon haben, die ist primär jetzt im Verwaltungsbereich zur Erfassung von Fallzahlen etc., Impfstatus von Patienten im Einsatz. Aber das ist natürlich prinzipiell denkbar, dass die Dinge dann ausgeweitet werden können.

Moderator [00:26:56]

Vielen Dank. Eine Frage an Herrn Timm, es geht um die Impfungen. Wie lange bietet die dritte Impfung einen wirksamen Schutz gegen Omikron-Infektionen und Hospitalisierung und benötigen diejenigen, die schon im Herbst ihren Booster bekommen haben, jetzt die vierte Impfung oder passiert das schon?

Jörg Timm [00:27:20]

Das ist im Moment noch nicht einfach zu sagen, weil wir die Daten noch nicht komplett haben. Auch nach der dritten Impfung wird die Immunantwort über die Zeit wieder nachlassen, davon ist auszugehen. Da muss man grundsätzlich unterscheiden: Schutz vor Infektion und Schutz vor schwerem Verlauf. Was als Erstes wieder Schwierigkeiten machen wird, ist irgendwann der Schutz vor Infektionen, weil wir hier einen Virus haben, was über die Schleimhäute der Atemwege eindringt und gerade da sind die Antikörper, die man eigentlich auf den Schleimhäuten bräuchte, durch eine Impfung nicht diejenigen, die dann nachhaltig dort zu finden sind. Das ist einfach immunologisch so, sodass der Schutz vor Infektion durch die Booster-Impfung nicht lange deutlich verbessert sein wird. Aber beim Schutz vor schwerem Verlauf wäre die Prognose, muss man ja jetzt momentan sagen, ist dieser sicher etwas nachhaltiger dann da. Wir sehen ja jetzt nach den zwei Impfungen, dass sich der Schutz vor schwerem Verlauf tatsächlich sogar noch auch gegen die Omikron-Variante relativ gut darstellt, jetzt durch die Booster-Impfung noch mal gebessert werden kann. Das ist die Situation. Wenn wir jetzt bei 80 Prozent sind, dann ist in der Tat die Frage, wie sieht das jetzt in der Zukunft mit einer vierten Impfung aus. Ich glaube, solange wir eine Situation haben, wo wir immer wieder mit einem sehr hohen Infektionsgeschehen rechnen müssen und auch, weil wir noch nicht ausreichend Grundimmunisierung haben, wir zu viele Ungeimpfte in der Bevölkerung haben, so lange müssen wir sicherlich über die Breite der Bevölkerung auch einen Schutz herstellen, idealerweise auch einen Schutz vor Infektion, so dass ich schon davon ausgehe, dass noch weitere Auffrischungen notwendig sind. Ich glaube nicht, dass das langfristig für die gesamte Bevölkerung notwendig sein wird. Man muss sich das nicht so vorstellen, dass wir das über die nächsten Jahre, Jahrzehnte für die gesamte Bevölkerung immer wieder auffrischen müssen. Aber für einzelne Risikogruppen kann es durchaus sein, dass wir da eine ähnliche Konstellation wie bei der Grippeimpfung haben, dass wir bestimmte Altersgruppen oder Risikokonstellationen jedes Jahr impfen müssen,

Moderator [00:29:48]

Eine Nachfrage zu den Boostern. In Israel ist es ja so, dass jetzt zum zweiten Mal geboostert wird, es also zum vierten Mal eine Impfung gibt. Kann man schon sagen, was ein sinnvoller Abstand zwischen ersten und zweiten Boostern ist?

Jörg Timm [00:30:04]



Das ist momentan sicherlich auch etwas schwierig. Ich glaube, wenn wir jetzt die Daten aus den ersten beiden Impfungen extrapolieren und die Erfahrung, die wir von anderen Impfungen kennen, dann halte ich sechs Monate für eine realistische Größenordnung für eine vierte Impfung. Das haben wir ja gesehen, es macht sicherlich einen erheblichen Einfluss, mit welchen Impfstoffen man geimpft wird. Das hat sich ja bei uns jetzt deutlich fokussiert auf den mRNA-Impfstoff. Jetzt muss man mal gucken, welche Rolle noch die Protein-Impfstoffe bei uns spielen. Ich denke, keine besonders große. Mein aktuelles Gefühl wäre, dass wir wahrscheinlich am Ende bei sechs Monaten liegen werden. Und dann ist die Frage: Bleibt es bei dem Impfstoff oder wird man da auch noch mal nacharbeiten. Die Zahlen, die wir jetzt sehen oder die Wirksamkeit, die wir jetzt gegen Omikron sehen, erfordert doch, dass man sich sehr konkret Gedanken über einen angepassten Impfstoff machen muss.

Moderator [00:31:14]

Was weiß man zu den asymptomatischen Verläufen, sind die häufiger, seltener oder vergleichbar der Delta-Variante. Vielleicht auch gern Herr Wendtner, sollten Sie das bei sich in der Klinik auch schon beobachtet haben.

Jörg Timm [00:31:28]

Quantitative Aussagen würde ich mir da jetzt nicht zutrauen. Gerade die asymptomatischen Verläufe sind ja besonders schwer quantitativ zu erfassen, weil sie naturgemäß eben deutlich untererfasst sind, weil sehr häufig gar keine Testung durchgeführt wird. Systematische Untersuchungen dazu wären mir jetzt nicht bekannt.

Clemens Wendtner [00:31:51]

Ich stimme dem zu, was Herr Timm gesagt hat. Nach den Berichten, die wir aus Südafrika und UK haben, ist die klinische Symptomatik wohl leicht verschoben. Fatigue steht bei den Patienten sehr im Vordergrund. Geschmacksstörung, Geruchsstörung, die ja sonst ein Warnsignal waren, sich auch testen zu lassen, gibt es offensichtlich weniger. Das kann natürlich dazu führen, dass insgesamt das Bild ein wenig verzerrt ist. Bei einer Geschmacksstörung lässt man sich relativ niederschwellig auf Corona testen. Das wird man bei Fatigue vielleicht erst bei sehr schwerem Verlauf tun, aber das ist natürlich spekulativ. Es zu quantifizieren würde ich mir auch nicht zutrauen.

Moderator [00:32:42]

Es gab heute oder es war auch gestern schon diese Meldung von der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, die ja auch noch mal betont hat, dass selbst milde Verläufe auch die Organe schädigen können oder auch eigentlich gar nicht so mild sind, wie sie sind. Gibt es dafür in irgendeiner Form schon Evidenz?

Clemens Wendtner [00:33:05]

Das Wort mild ist ja auch zu hinterfragen, was heißt es. Das kann ja auch durchaus ein Patient sein, der vielleicht nicht sauerstoffpflichtig ist, aber der eine andere Problematik hat. Auch da ist noch kein abschließendes Bild zu zeichnen. Was wir noch nicht explizit angesprochen haben, was wir ja auch mit Omikron noch nicht wissen ist: Wie ist denn der Long-Covid-Verlauf. Auch wenn ich mich nur mit sehr leichten Symptomen anstecke, heißt das ja nicht, dass ich à la longue keine Probleme entwickle. Das ist in der ganzen Diskussion auch zu berücksichtigen. Mild heißt nicht harmlos, um



das auf eine kurze Formel zu bringen. Und vielleicht darf ich noch ergänzen: Was uns Ärzte natürlich auch vor eine Herausforderung stellt, ist: Therapeutika, die 2021 entwickelt wurden, wirken zum Teil eben nicht gegen die Omikron-Variante. Wir haben ein Problem mit dem Doppel-Antikörper Casirivimab, Imdevimab, besser bekannt unter Ronapreve, welcher nicht bei Omikron wirkt. Hier haben wir keine Chance mehr, sowohl in der Prä- als auch Postexpositionsprophylaxe tätig zu werden und auch bei Patienten mit milden Verlauf in der Frühphase therapeutisch zu intervenieren. Es gibt natürlich Vorbereitungen, die Zweitgenerations-Antikörper sind vom Bund entsprechend reserviert und werden auch in der vierten Kalenderwoche, fünften Kalenderwoche an besondere Zentren ausgeliefert. Wir sind eines dieser wenigen Zentren, eines STAKOP-Zentrums, also Ständiger Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für hochkontagiöse Erkrankungen. Dann haben wir hoffentlich wieder die Chance, diese bei milden Verläufe vielleicht bei Risikopatienten, Stichwort Tumorpatient etc., zum Einsatz zu bringen, um schwere Verläufe inklusive Intensivaufenthalte zu verhindern.

Moderator [00:35:32]

Sie hatten die Medikamente gegen COVID gerade angesprochen. Mit Blick auf Paxlovid und Co., die zunehmend in die Kliniken kommen oder zu den Patienten kommen, können Sie da die Bedeutung für den klinischen Alltag oder für diese Patientengruppen herausarbeiten. Ich hörte zum Beispiel auch schon, dass es teils starke Nebenwirkungen in Kombination mit gängigen Medikamenten gibt, zum Beispiel mit Blutverdünnern. Können Sie da etwas zu sagen?

Clemens Wendtner [00:35:59]

Vielleicht ich noch mal ganz kurz etwas zu den neutralisierten Antikörpern der zweiten Generation. Wir setzen gewisse Hoffnungen in Sotrovimab, einem neutralisieren Antikörper, der auch Omikron detektiert und neutralisiert. Wir setzen in der vorbeugenden Therapie, also ein Patient, der vielleicht schon dreimal, vielleicht viermal geimpft wurde, aber keinen Impftiter entwickelt – Tumorpatient, Klassiker – auf die Kombination aus Tixagevimab und Cilgavimab, vielleicht einfacher als Evusheld zu merken. Bei den von Ihnen angesprochenen Medikamenten muss man zwei erwähnen: Das eine ist Molnupiravir und das andere Paxlovid, beides Tablette. Das Molnupiravir wird uns derzeit bereits vom Bund zur Verfügung gestellt und das Paxlovid wird auch in wenigen Tagen kommen. Der große Vorteil ist, es sind Tabletten. Das heißt, sie können relativ leicht einem leicht symptomatischen Patienten, der positiv getestet wurde, aber Risikofaktoren aufweist, zu Hause verabreichen lassen. Es sind Nuancen zu klären, wie die Tablette zum Patienten kommt, der Patient muss ja auch aufgeklärt werden. Aber wir wissen konkret, Paxlovid reduziert die Hospitalisierungsrate um knapp 90 Prozent, also 89 Prozent. Das ist sehr, sehr viel. Das ist sehr gut. Eine fünftägige Therapie, die zu Hause angenommen werden kann. Das Molnupiravir ist nicht ganz so effektiv, 30 Prozent Hospitalisierungsreduktion. Bezüglich Ihrer Frage nach Nebenwirkungen und Interaktionen. Ja, es gibt Drag Drag Interaction, also Interaktionen von Paxlovid zum Beispiel mit anderen Medikamenten über ein besonderes Enzymsystem, dem Cytochrom p450 in der Leber. Es gibt Medikamente, die dieses Enzymsystem blockieren können, aber auch aktivieren können, das geht in beide Richtungen. Entsprechend habe ich bei einem enzyblockierenden anderen Medikament ein Problem mit dem Spiegel von Paxlovid, es wird sehr viel Paxlovid im Körper verfügbar sein und das kann toxisch wirken. Umgekehrt kann auch Paxlovid durch einen Enzyminduktor sehr schnell abgebaut, werden, das heißt, es wird unwirksam. Das sind die Probleme. Allerdings sage ich dazu: Viele dieser Medikamente sind nicht bei ganz vielen Patienten im Einsatz. Das heißt, es betrifft eine kleine Subgruppe, wo wir bestimmt aufpassen müssen in der Arzneimittelinteraktion mit Paxlovid und auch Molnupiravir. Aber ich glaube, um das zusammenzufassen, es ist eine sehr gute Innovation durch diese beiden Tabletten greifbar, die eben auch die Hospitalisierungsrate auch zeitnah deutlich reduzieren wird. Und das könnte uns in der fünften Welle sehr helfen.



press briefing

Moderator [00:39:02]

Vielen Dank! Die Frage zur Hospitalisierungsrate kam jetzt öfter, sie krankt ja an einer erheblichen Unzuverlässigkeit der Daten und einem erheblichen Meldeverzug. Und die Frage ist: Müsste diese Kennziffer nicht angesichts der stärkeren Belastung der Normalstationen belastbarer werden, ähnlich wie die sehr zeitnahen Daten des DIWI. Könnten Sie dazu etwas sagen?

Clemens Wendtner [00:39:30]

Das ist eine sehr richtige und wichtige Forderung, die ich absolut unterstütze. Es ist sehr bedauerlich bis peinlich, dass wir es nicht geschafft haben, quasi tagesaktuell bundesweit belastbare Zahlen zu generieren, auch über Feiertage hinweg. Eben nicht nur für die Intensivstationen, sondern auch für die Normalstationen. Auch das belastet logischerweise den Kliniksektor und bindet Personal. Es wäre wünschenswert, dass wir auch hier ein zeitnahes Monitoring bekommen. Wir wissen natürlich hausintern immer genau, was los ist. Wir kennen auch den Impfstatus unserer Patienten, die stationär bei uns liegen. Aber das ist eine kleine Insel der Seligen und wir müssen solche Dinge natürlich bundesweit ausrollen und das geht nur durch Digitalisierung und natürlich auch Stärkung der entsprechenden Infrastruktur.

Moderator [00:40:33] Herr Schuppert gerne noch?

Andreas Schuppert [00:40:35]

Ich kann das nur wärmstens unterstützen. Man kann sagen, die DIWI-Daten sind mit die einzigen zuverlässigen Daten, die wir leider deutschlandweit haben. Das ist eine sehr bedauerliche Tatsache, insbesondere die Hospitalisierungsdaten haben einen erheblichen Zeitverzug und führen zu einer systematischen Untererfassung. Nach zwei Jahren Pandemie sollte das nicht sein. Wir haben generell in Deutschland ein Datenproblem. Die ganzen großen Studien stammen aus dem Ausland. Eigene Studien sind ausgesprochen schwierig zu machen, jetzt auch zum Beispiel im Kontext der Prognose schwerer Verläufe. Wenn man an Therapien mit Paxlovid etc. denkt, muss man ja frühzeitig möglichst zielgenau die Patienten mit einem schweren Verlauf identifizieren. Hierzu fehlen schlichtweg auch die Daten, um diese Patienten frühzeitig charakterisieren zu können. Wir wissen es schlichtweg nicht so genau. Ich denke, da werden jetzt systematische Versäumnisse im Gesundheitswesen durch die Pandemie wirklich ans Tageslicht gezerrt. Man kann nur hoffen, dass es einen Anstoß gibt, da mal etwas zu ändern.

Moderator [00:42:01]

Wir haben noch eine Frage, wenn wir gerade bei Ihnen sein Herr Schuppert, zur Infektionsdynamik bekommen und zwar geht es explizit um die Ungeimpften unter Fünfjährigen, die noch keine Impfung bekommen dürfen und in den Kitas sind. Welchen Unterschied macht es hier, ob die Eltern zwei bis dreimal die Woche ein Antigen-Schnelltest durchführen oder eine PCR-Pooltestung gemacht wird? Können Sie dazu vielleicht etwas sagen und explizit etwas zur Infektionsdynamik der unter Fünfjährigen bei Omikron?

Andreas Schuppert [00:42:29]

Bei unter Fünfjährigen ist es wirklich sehr schwer zu sagen. Daten liegen da eigentlich gar nicht vor, jedenfalls nicht, dass ich wüsste. Die PCR-Pooltests sind, wie sich auch gezeigt hat, in den



Schulen ein sehr probates Mittel, um die Infektionstagslage wirklich halbwegs gut monitoren zu können. Man sieht zum Beispiel die Weihnachtsferien in den Daten sehr deutlich, insbesondere, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Infektionslage mit Beginn der Weihnachtsferien deutlich runtergegangen ist. Es kann eigentlich gar nicht sein. Man sieht, dass die Pooltests wirklich eine segensreiche Wirkung für das Monitoring haben. Die Antigen-Selbsttests sind immer sehr stark davon abhängig, wie sorgfältig sie durchgeführt werden und wie regelmäßig und wie sauber man das dann macht. Theoretisch funktioniert das auch gut, aber ich persönlich bin ein großer Fan der PCR- Pooltests und in der Nachverfolgung kann man dann ja noch mit Schnelltests weiterarbeiten.

Moderator [00:43:46]

Vielen Dank. Herr Timm, es kam noch eine Frage. In UK erfolgte die erste und zweite Impfung weitestgehend mit dem eher weniger wirksamen AstraZeneca-Impfstoff. Müsste das den Schutz der Briten angesichts gleicher Zweifach-Impfquoten wie in Deutschland nicht abschwächen. Und dann zu Herrn Wendter: Warum sind in Deutschland trotzdem mehr schwere Verläufe zu erwarten? Können Sie dazu etwas sagen.

Jörg Timm [00:44:19]

In UK wurde tatsächlich sehr viel mit Astra geimpft und bei Astra war es immer so, dass insbesondere der Infektionsschutz Schwierigkeiten gemacht hatte, nicht so sehr der Schutz vor dem schweren Verlauf. Und ich glaube, dass dieser Schutz vor schwerem Verlauf, also das, was wir als Grundimmunisierung erwarten, um auch die Hospitalisierungsraten, Aufenthalt auf Intensivstation und solche Dinge gering zu halten, dass das mit dem AstraZeneca-Impfstoff wahrscheinlich weiterhin möglich ist. Es hält aber die Infektionsdynamik nicht wirklich auf. Und das schafft man jetzt eben mit der Booster-Impfung noch mal, insbesondere mRNA nach AstraZeneca oder meinetwegen auch nach mRNA. Dann haben wir das zweite, was Herr Wendtner ja auch schon angesprochen hatte, dass wir in UK eine ganz andere natürliche Durchseuchung noch on top haben. Das heißt, die Grundimmunisierung, bei allen Problemen, die das ja auch in der Vergangenheit in England gemacht hat, dort schon deutlich weiter ist als bei uns. Wir haben Maßnahmen ergriffen, um eine Grundimmunisierung auf natürlichem Weg, also die Infektionen, zu verhindern. Ich glaube, das ist auch richtig, das soll jetzt auf gar keinen Fall kritisch überkommen. Aber das führt dazu, dass wir jetzt bei den Nichtgeimpften keine Grundimmunisierung haben. Das führt dazu, dass wir jetzt weiterhin eine relativ große Gruppe haben, die von schweren Verläufen betroffen sein wird, wenn wir jetzt wieder steigende Infektionszahlen haben. Das ist anders als in England.

Moderator [00:46:04] Wollten Sie das noch ergänzen?

Clemens Wendtner [00:46:09]

Es ist die fehlende Durchsuchung, die uns, wenn man es ein bisschen zynisch zusammenfasst, auf die Füße fällt. Es war richtig, dass wir die Bevölkerung geschützt haben, aber Schutz vor Durchseuchung ohne vollständige Impfung ist in der Summe natürlich gefährlich. Und das ist genau das, was wir hier in der Runde auch betonen, das Omikron gerade für die Ungeimpften, die völlig ungeschützt sind, das große Risiko darstellt und deswegen aus meiner Sicht auch das deutsche Gesundheitssystem anders belasten wird als im Ausland.

Moderator [00:46:43]



Herr Timm, weil die Frage doch ein paar Mal jetzt kam, es geht nicht um Omikron, sondern um eine andere Variante, die sich ja in Frankreich jetzt zum ersten Mal gezeigt hat, eigentlich in Kamerun, aber in Frankreich zum ersten Mal sequenziert wurde. Wie schätzen Sie diese neue Variante B.1.640.2 ein, die jetzt entdeckt wurde. Kann man man dazu ein, zwei Sachen schon sagen, was Gefährlichkeit oder dergleichen angeht?

Jörg Timm [00:47:12]

Also richtig viel kann man dazu nicht sagen. Meine Prognose ist aber, dass man gar nicht so viel dazu sagen muss. Es ist so, dass da natürlich ein paar Ähnlichkeiten sind. Das ist ja so, dass wir immer wieder Mutationen beobachten, die wir wiederum von anderen Varianten kennen. Die findet man jetzt hier auch. Aber ich glaube, der entscheidende Punkt ist: Die Variante ist in der Tat schon vor einiger Zeit erstmalig beschrieben worden und hat sich bisher nicht, zumindest nicht in den Bereichen, wo jetzt häufiger sequenziert wird, weiter durchgesetzt. Es ist nicht zu einer größeren Verbreitung gekommen. Das ist schon ein sehr starker Indikator dafür, dass die keinen großen Selektionsvorteil im Vergleich beispielsweise zu Omikron hat, wo wir mit den ersten Daten eigentlich schon relativ schnell Klarheit darüber hatten, dass das Potenzial drinsteckt, dass es zu einer raschen Verbreitung kommt. Das ist bei dieser B.1.640-Variante erst mal nicht so zu sehen, so dass niemand wirklich erwartet, dass die uns ganz große Probleme machen wird. Da muss man sicherlich noch ein kleines Fragezeichen dranhängen, aber das wäre jetzt mein aktueller Stand dazu.

Moderator [00:48:30]

Vielen Dank dafür! Wir haben jetzt leider schon 13 Uhr. Ich würde Ihnen ganz gerne noch eine Abschlussfrage stellen, die auch im Kern bei vielen Journalisten vorkam. Und zwar geht es auch noch mal um das Bund-Länder-Treffen und um die angedachten Veränderungen der Quarantäne-Verordnung, die es da zum Beispiel gibt für eben Infizierte und deren Kontaktpersonen. Was erwarten Sie sich vielleicht von diesem Ministerpräsidentenkonferenz-Treffen am Freitag, was müsste es haben, damit wir für den nächsten Verlauf und die nächsten Tage besser gerüstet sind und vor allem mit Blick auf diese Quarantäne-Anpassungen, die da im Raum stehen? Machen diese, so wie sie angedacht sind, die Zeiten zu verkürzen, Sinn? Ich fange rechts oben an, bei Herrn Wendler und dann gehen wir reihum.

Clemens Wendtner [00:49:20]

Ich erwarte mit natürlich, dass es entsprechende, verbindliche Regelungen bundesweit gibt, die auch die kritische Infrastruktur oder die Kritis, wie es im Fachjargon heißt, gewährleistet. Da ist eine Anpassung der Quarantäne-Verordnung essenziell gerade in kritischen Bereichen wie Kliniken, auch Altenheimen und Pflegeheimen, um Personen, die im privaten Umfeld mit Omikron-Infizierten in Kontakt waren, früher einsetzen zu können. Meine Hoffnung ist, dass nicht blind eine Quarantäne-Verkürzung verordnet wird, sondern das [diese Verkürzung] immer mit einem Test abgesichert wird. Sehr kritisch ist die Verkürzung bei Infizierten zu sehen, dann sprechen wir nicht von der Quarantäne, sondern von einer Isolation. Auch hier muss man das sehr strikt mit Testungen absichern, um dann auch eine Verkürzung der Isolationszeit überhaupt bei einer Symptomfreiheit des Betroffenen ins Spiel zu bringen. Es kann nicht sein, dass dann Pflegende und Ärzte quasi zur Zeitbombe für Personen werden, die sie pflegen bzw. ärztlich betreuen. Das darf nicht zu einer Gefährdung von Schutzbefohlenen führen. Das ist meine Hoffnung an das Bund-Länder-Treffen und die entsprechenden Anpassungen aus ärztlicher Sicht, weil ich ja auch sehr auf Medikamente fokussiere, dass Antikörper-Verordnungen sehr zügig angepasst werden, dass wir in den Kliniken auch mit den neuen Medikamenten, Zweitgenerations-Antikörpern schnell handlungsfähig werden.



press briefing

Moderator [00:51:09] Vielen Dank, Herr Schuppert.

Andreas Schuppert [00:51:12]

Ein wichtiger Punkt ist, dass wir die potenziell sehr schnelle exponentielle Wachstumsdynamik verstehen und gezielte Maßnahmen vorbereitet werden, die die exponentielle Dynamik brechen können. Hier muss gezielt auch von unseren Nachbarn in Dänemark, Großbritannien, Frankreich gelernt werden, was sind die entscheidenden, treibenden Faktoren und wie kann man denen ganz gezielt und effizient entgegengetreten werden. Wenn man die Quarantäne halbiert und dabei eine exponentielle Wachstumsdynamik hat, dann wird auch eine Halbierung der Quarantänezeit ein paar Tage Luft bringen, aber eben nicht sehr viel mehr. Wir werden nicht um Maßnahmen herumkommen, die das exponentielle Aufsteilen der Welle bremsen. Es wäre eine absolut essentielle Aufgabe, diese vorzubereiten.

Moderator [00:52:21] Danke und Herr Timm natürlich gerne noch.

Jörg Timm [00:52:24]

Ich kann gar nicht mehr viel ergänzen, das haben meine Vorredner sehr gut zusammengefasst. Ich möchte auch unterstreichen: Wichtig ist, dass es mit einem Test verbunden ist, wenn wir Menschen entweder aus der Isolation oder auch nach Quarantänezeit wieder rauslassen, damit man wirklich einen Bezug zu der möglichen Infektiosität hat. Das sollte auf jeden Fall mit da drin sein. Das wäre aus meiner Sicht ein wichtiger Punkt.

Moderator [00:53:01]

Dann bedanke ich mich recht herzlich bei Ihnen und auch bei den zahlreichen Journalisten, die dabei waren und da natürlich schon jetzt die große Entschuldigung: Ja, Sie haben sehr viele tolle Fragen gestellt, aber wir konnten leider nicht alle unterbringen. Vielleicht müssen wir uns aus den 50 Minuten demnächst noch ein paar mehr Minuten machen, gerade bei neuen Varianten. Aber trotzdem vielen Dank und sollten Sie noch weitere Fragen haben, können Sie uns diese schicken. Wir können Sie gern mit den Experten vernetzen. Aber an dieser Stelle schon mal vielen, vielen Dank und an Sie Drei noch mal, toll, dass Sie dabei waren und sehr gerne auf ein nächstes Mal.



press briefing

Ansprechpartner in der Redaktion

Philipp Jacobs

Redakteur 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 MStV/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

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer

Volker Stollorz

Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des § 18 Abs.2 MStV

Volker Stollorz

