11.11.2021

Transkript

„Zweiter COVID-19-Winter in Deutschland: Diskussion über Maßnahmen zum Bevölkerungsschutz auf Basis von aktuellem Strategiepapier"

Expertinnen und Experte auf dem Podium

- **Prof. Dr. Cornelia Betsch**
  Wissenschaftliche Leiterin, Center for Empirical Research in Economics and Behavioral Sciences, Universität Erfurt und Initiatorin des Projekts COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO)
- **Prof. Dr. Eva Grill**
  Professorin für Epidemiologie, Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie, Ludwig-Maximilians-Universität München
- **Dr. Viola Priesemann**
  Leiterin der Forschungsgruppe Theorie neuronaler Systeme, Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation, Göttingen
- **Prof. Dr. Klaus Überla**
  Direktor des Virologischen Instituts des Universitätsklinikums Erlangen, und Mitglied der Ständigen Impfkommission
- **Marleen Halbach**
  Redaktionsleiterin und Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany,
  und Moderatorin dieser Veranstaltung

Mitschnitt

- Einen Videomitschnitt finden Sie hier: https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/press-briefing/details/news/zweiter-covid-19-winter-in-deutschland-diskussion-ueber-massnahmen-zum-bevoelkerungsschutz-auf-basis-von-aktuellem-strategiepapier/
- Falls Sie eine Audiodatei benötigen, können Sie sich an redaktion@sciencemediacenter.de wenden.

Transkript

Moderatorin [00:00:00]

Herzlich willkommen in die Runde und an alle, die zuhören, zu einem nächsten virtuellen Press Briefing des Science Media Centers in Köln. Mein Name ist Marleen Halbach. Ich bin Redaktionsleiterin hier, und wir machen das Press Briefing trotz Karneval, 11.11. Wir haben heute den Titel "Zweiter COVID-Winter in Deutschland, Diskussion über Maßnahmen zum Bevölkerungsschutz auf Basis von aktuellem Strategiepapier". Wir haben ein Strategiepapier vorliegen, das hatte ich vorhin auch noch mal herumgeschickt, an die Journalist*innen. Ich hoffe, Sie haben das alle bekommen. Meine Kollegin kann das hier gleich auch noch einmal im Chat verlinken. Das ist sehr aktuell veröffentlicht worden.
Darüber wollen wir sprechen und eben darüber, dass ja jeden Tag jetzt neue Rekorde der Inzidenz von SARS-CoV-2-Infektionen in Deutschland verzeichnet werden. Und man könnte meinen: same procedure as every year. Aber die Infektionszahlen sehen sogar schlimmer aus als im vergangenen Jahr mittlerweile. Impfungen tun gerade noch ihr Bestes, um Höchststände auf den Intensivstationen zu verhindern. Aber auch das scheint irgendwie nicht mehr so richtig weit entfernt. Und am 25.11. endet dann auch noch die epidemische Notlage. Das heißt, der Bund kann quasi nicht mehr durchgreifen. Die Länder sind eigenverantwortlich unterwegs in der Bekämpfung der Pandemie. Und grob sind die Fragen eigentlich: Was machen wir bis dahin und was machen wir ab dann und darüber hinaus, um diese Welle der Infektionszahlen noch mal wieder einfangen zu können.
Dazu, wie gesagt, gab es das Strategiepapier einer Gruppe von Forschenden. Drei von ihnen, die daran mitgeschrieben haben, sind heute auch hier. Sie werde ich gleich noch mal vorstellen. Und wir wollen mit ihnen darüber sprechen, was dieses Strategiepapier eigentlich beinhaltet. Ich fasse das jetzt nicht alles noch mal zusammen. Ich hoffe, Sie haben das tatsächlich alle schon gelesen oder werden das eben danach tun. Wir können am besten über den Inhalt diskutieren. Und Sie können, wenn Sie schon jetzt Fragen haben, die Zuhörenden, in das Question-and-Answer-Modul in Zoom stellen – bitte nicht in den Chat –, da wird meine Kollegin die finden, und wir werden sie dann reinreichen an die Expert*innenrunde, wenn es thematisch passt.
Ich würde gerne anfangen mit dem Herren in der Runde, etwas ungewöhnlich. Da haben wir ja nur einen von heute, und zwar ist das Prof. Dr. Klaus Überla, er ist Direktor des Virologischen Instituts des Universitätsklinikums Erlangen, Mitglied der STIKO, also der Ständigen Impfkommission, und auch Mitautor des Strategiepapiers. Und ich würde Sie bitten, vielleicht einmal aus virologischer Perspektive die Ausgangsposition oder die Ausgangslage gerade mal zu erklären, die wir haben mit Delta, was anders ist als im Winter 2020, wo wir auch eben diese hohen Infektionszahlen hatten und was das im Hinblick auf die Maßnahmen bedeutet, die wir eigentlich alle zur Genüge kennen.

Klaus Überla [00:02:39]

Guten Tag Frau Halbach, sehr geehrte Damen und Herren! Die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache. Es war ja schon angesprochen. Wir haben sehr hohe Inzidenzen im Moment, und das hat sich letztlich schon seit September abgezeichnet. Trotz damalig schon recht hoher Impfraten blieben die Anzahl der Neuinfektionen pro Woche relativ konstant. Und das hat eben schon darauf hingedeutet, dass in dem Moment, wo wir in die Herbst- und Wintersaison kommen, dass das dann zu vermehrten Übertragungsraten führen wird, sodass die Übertragungsrate eben den Wert von eins übersteigt. Und das ist die Situation, in der wir uns im Moment befinden. Es wird auch gerne als exponentielle Phase bezeichnet. Und ein Grund ist natürlich, dass mit der Delta-Variante jetzt ein Virus zirkuliert, das sehr viel leichter übertragen wird als die Viren, die wir im vergangenen Jahr hatten. Und dadurch reichen die Maßnahmen, auch die Impfraten, letztlich nicht aus, um hier eine Kontrolle der Infektion letztlich zu erzielen. Und das führt eben jetzt dazu, dass wir auch zunehmend oder schon seit einiger Zeit sehr viele COVID-Fälle auch auf den Intensivstationen haben. Hier sind es teilweise jetzt auch etwas jüngere Personen als im letzten Jahr, die dann auch noch länger auf

den Intensivstationen liegen. Und das führt jetzt eben neben einer Reihe von organisatorischen oder vor allem auch Personalengpässen jetzt zu einer sehr kritischen Situation auf den Intensivstationen.

Moderatorin [00:04:28]

Vielen Dank! Auf die Rolle der Delta-Variante von SARS-CoV-2 kommen wir vielleicht später noch mal zurück. Ich würde dann erst mal weitergehen in der Runde und gerne Dr. Viola Priesemann vorstellen. Sie ist Leiterin der Forschungsgruppe Theorien neuronaler Systeme am Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation in Göttingen. Und sie sind Hauptverantwortliche dieses Strategiepapiers, was wir jetzt vorliegen haben. In dem Papier haben Sie ja drei Szenarien durchgerechnet, beschrieben, kann man besser sagen. Einmal: so weiter wie bisher. Zweitens ist, irgendwie scharf an der Grenze des Gesundheitssystems segeln und lokal so ein paar Maßnahmen einführen, um das zu verhindern, ein Überborden dort. Und das dritte, da überlegen Sie vor allen Dingen, was denn jetzt Impf- und Booster-Kampagnen oder -Offensiven dazu beitragen können, diese Welle zu brechen. Letzteres stellen Sie eben auch als "The way to go" heraus. Wir müssen einfach impfen und boostern. Können Sie die Voraussetzungen und Annahmen für das dritte Szenario vielleicht noch einmal erklären und auch die Haupterkenntnis, die Sie jetzt daraus gezogen haben im Rahmen dieses Strategiepapiers?

Viola Priesemann [00:05:32]

Vielen Dank! Diese Szenarien basieren auf der einen Seite Modellierung nicht nur von mir, sondern auch von Kai Nagel und Andreas Schuppert, also von einigen. Wir haben das alle unabhängig durchgerechnet, modelliert und dann in diesen Worten die Kernaspekte beschrieben. Wenn wir weitermachen wie bisher, das ist das Weiter-so-Szenario, dann gehen die Fallzahlen weiter hoch. Wir haben diese Szenarien vor Wochen schon angefangen zu entwickeln. Die Fallzahlen gehen weiter hoch in die hohen Hunderter. Irgendwann – ich meine, wir wären ja mit der aktuellen Verdopplungszeit schon bald Richtung 1.000 [unterwegs] –, irgendwann wird da natürlich gegengesteuert. Die Intensivstationen sind ja jetzt schon extrem voll, Christian Karagiannidis und andere können da ja einiges zu sagen, jeder, der in den Kliniken arbeitet. Und gleichzeitig schreitet zurzeit das Impfen und Boostern wirklich langsam voran. Wir haben 0,2 Prozent pro Tag. Sie können alle wahrscheinlich selber ausrechnen, wie lange das dauert, bis ein relevanter Anteil der Bevölkerung damit geboostert oder geimpft ist.
Deswegen haben wir uns sehr genau angeschaut, was würde das Impfen oder Boostern bringen? Wie schnell sollte oder könnte es sein? Im letzten Sommer sind Raten von etwa sieben Prozent die Woche, also ein Prozent am Tag erreicht worden, indem man auch über die Betriebsärzte, über die Impfzentren etc. geimpft hat. Und das ist unsere Hoffnung oder unser, als Person sag ich mal auch, unser Vorschlag, dass man dort noch mal ganz genau hinschaut, wie man die Impfgeschwindigkeit ganz arg deutlich beschleunigt. Und da geht es sowohl um das Impfen als auch um das Boostern. Warum bringt beides was? Das Impfen schließt die Impflücke. Da sind nicht alle Menschen leicht zu erreichen. Sich da Gedanken zu machen, wen man da noch wie erreichen kann, ist sehr wichtig. Das Boostern hilft sehr doll, denn der Schutz gegen die Übertragung und auch nach einer Durchbruchsinfektion dann gegen den schweren Verlauf, der lässt eben mit der Zeit nach. Jetzt gibt es viele Menschen, deren Impfung fünf, sechs Monate her ist, und in Sachen Zahlen, frisch nach der Impfung mit Biontech, wie wir es nennen, ist der Schutz etwa 90 Prozent und dann fünf Monate später nur noch 50 bis 70 Prozent. Prozent ist immer ein bisschen komisch, finde ich, zu verstehen. Ich geb das gerne eigentlich als einen Faktor an ein bisschen wie wie der Sonnenschutzfaktor, um es mal ganz banal auszudrücken. Am Anfang ist das ein Faktor-10-Schutz und jetzt ist es nur noch ein Faktor 2 bis 3. Und das macht für die Ausbreitung einen großen Unterschied und damit natürlich dann auch für die Intensivstationen.

Moderatorin [00:07:59] Schutz vor Infektion, nur um das noch mal klarzustellen.

Viola Priesemann [00:08:00]

Vor Infektion, genau, vor Infektion in jeder Altersklasse. Die Infektionswahrscheinlichkeit hängt ja total von den Kontakten ab. Das ist jetzt die Infektionswahrscheinlichkeit. Die Wahrscheinlichkeit für einen schweren Verlauf hängt natürlich deutlich vom Alter ab und hat dann noch einen höheren Schutz. Und das dritte Szenario ist irgendwo dazwischen. Das ist etwas, wo ich persönlich manchmal sag: Boah, ich hoffe, das passiert nicht über den kommenden Winter. Das ist so ein bisschen das, was wir letztes Jahr hatten. Wir laufen wirklich über Wochen und Wochen an dem Limit der Intensivstationen mit mehr oder weniger starken Maßnahmen, die immer wieder angezogen werden müssen. Es ist schwierig, das zu regulieren, weil natürlich die Maßnahmen immer ein bisschen zu spät kommen. Es ist eine lange, langwierige, hohe Belastung auf den Intensivstationen, wenn nicht wirklich geimpft und geboostert wird. Woran liegt das? Selbst wenn wir eine Tausender-Inzidenz hätten, dann ist es je Woche ein Prozent der Bevölkerung, die immunisiert wird. Das reicht überhaupt nicht, um da einen relevanten Immunitätsfortschritt zu haben, vor allen Dingen, wenn man bedenkt, dass ja die Immunität bei anderen Personen wieder nachlässt. Das heißt, man kann relativ lange an diesem Limit der Intensivstationen bleiben. Es ist schwer zu regulieren. Es hat viele Probleme für natürlich das Gesundheitssystem und natürlich auch Folgen für alle einzelnen Personen, die eventuell krank sind oder nicht. Und es ist eine schwierige Situation für die Planbarkeit. Ich denke, wir müssen uns nur an den letzten Winter erinnern, um zu sagen: Das wollen wir nicht.

Moderatorin [00:09:22]

Ich habe trotzdem mal zwei Nachfragen: Wie realistisch Ihre Annahmen für die Szenarien, vor allem für das Impf- und Booster-Szenario, sind. Denn erstens: Wie sicher sind Sie sich denn, oder auch in Ihrer Modellierer-Gemeinschaft sage ich mal, dass das Wachstum, wie wir es jetzt gerade sehen, tatsächlich so weitergeht. Weil jetzt, heute und die letzten Tage hätte man auf den Intensivstationen schon so ein leichtes Abknicken vielleicht erkennen können. Das darf man, glaube ich, auch nicht überinterpretieren. Aber trotzdem wächst die Inzidenz unter den Ü60 zum Beispiel noch einfach mit 30 Prozent weiter, aber die ITS irgendwie nicht. Wie wahrscheinlich ist es denn, dass das jetzt einfach so weitergeht, wenn wir auch weiter so machen, Frau Priesemann?

Viola Priesemann [00:10:04]

Die ganz genauen Vorhersagen, ob in drei Wochen 20 Prozent mehr oder 20 Prozent weniger Personen infiziert sind, das lässt sich nicht vorhersagen auf diese Genauigkeit, einfach weil das total davon abhängt, was wir im Kommenden machen werden. Die Aufmerksamkeit, also die Awareness für COVID, ist natürlich gerade wieder deutlich hochgegangen. Es gibt viele Personen, die in ihrem Freundeskreis jetzt schwere Verläufe haben, die sie vielleicht so nicht erwartet haben. All das ändert die Motivation im Verhalten und es ändert die Motivation beim Impfen. Wenn es also um die Frage geht: Wie sehen diese Szenarien in der Zukunft aus? – muss man immer bedenken, dass natürlich dieses Wachstum nicht ewig so weitergeht. Aber was man auf der anderen Seite sich anschauen kann, ist, und das haben wir sehr genau uns angeschaut: Wie viele Personen gibt es eigentlich jetzt bei aktuellem Immunitätsschutz, die möglicherweise einen schweren Verlauf auf der Intensivstation haben könnten? Wenn alle infiziert wären, wären es etwa drei-, wahrscheinlich sogar mehr, als wir im ganzen letzten Jahr hatten, dreimal mehr, als wir im ganzen letzten Jahr hatten. Das ist nicht zu stemmen diesen Winter. Das heißt auf der anderen Seite, selbst wenn wir in Anführungsstrichen nur einen Drittel infizieren bei der jetzigen Immunität, dann sind die Intensivstationen den gesamten Winter gut beschäftigt, und das ist ein Problem

Moderatorin [00:11:18]

Zur Booster-Kapazität will ich noch mal nachfragen: Sie haben ja auch gesagt, in vier Wochen könnte die Booster-Kampagne auch ordentlich was reißen an der Welle. Das ist ja auch noch hin. Also vier Wochen sind ja jetzt auch nicht gerade kurz. Was Sie da annehmen, ist quasi 800 000 Booster-Impfungen pro Tag, glaube ich, was da in dem Szenario drinsteht? Aktuell kommen wir auf 130 000, gerade sind noch mal neue Zahlen rausgekommen. Für wie realistisch halten Sie, dass wir tatsächlich diese Höhen erreichen an Booster-Impfungen pro Tag?

Viola Priesemann [00:11:54]

Im letzten Sommer, im Mai, Juni, haben wir jeden Tag ein Prozent der Population, also jeden Tag etwa eine Million geimpft. Und das ist die Größenordnung, die wir da reinschreiben: sieben Prozent die Woche. Das ist im letzten Sommer gelungen, und da war der limitierende Faktor die Anzahl Impfstoffe, die wir hatten. Insofern: Ich bin nicht Logistikerin, und es ist auch eine Aufgabe der Politik zu überlegen, wie und ob sie das auch so schnell umsetzen kann. Aber im letzten Sommer ist es gelungen. Insofern denke ich, ist es im Rahmen des Möglichen.

Moderatorin [00:12:24]

Ja, ich glaube für 19 Tage haben wir es geschafft, die mal zu knacken, da irgendwie im Juni diese Zahlen. Hervorragend, können wir später, denke ich, noch mal drauf eingehen. Jetzt würde ich gerne die Dritte vorstellen, und das ist Prof. Dr. Eva Grill. Sie ist Professorin für Epidemiologie am Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der LMU in München und auch Mitautorin des Strategiepapiers. Frau Grill, könnten Sie vielleicht aus epidemiologischer Perspektive noch mal diese Haupterkenntnis des Strategiepapiers beleuchten? Wir haben ja auch bekannte Instrumente wie Tests, Kontaktbeschränkung. Das Papier fokussiert sich aber, wie Frau Priesemann eben auch noch mal erklärt hat, sehr stark auf: Wir müssen impfen, impfen und boostern, boostern. Können Sie erklären, wieso diese erprobten Instrumente, die auch alle kennen, eher eine nachgeordnete Rolle spielen?

Eva Grill [00:13:11]

Ja, vielen Dank für die Einladung! Sehr geehrte Damen und Herren, ich möchte noch mal an das anknüpfen, was Herr Überla vorhin gesagt hat, dass wir uns bewusst sein müssen, dass diese Inzidenzen, die exponentiell steigen, direkt mit der Zahl der schweren Erkrankungen gekoppelt sind und damit auch mit der Belegung der Intensivstationen. Und auch wenn das jetzt von Tag zu Tag ein bisschen unterschiedlich ausschaut, so ist es tatsächlich. Diese Kopplung besteht, solange der Impfschutz nicht höher ist. Und das Impfen ist vor allem eben einerseits dieser Schutz der Intensivstationen, dieser Schutz des Gesundheitssystems, aber auch die Verbesserung des Impfschutzes. Das ist nachhaltig. Und man muss noch mal sich das im Kopf behalten, dass Impfungen tatsächlich zwei Schutzwirkungen haben, nämlich sie schützen mich als geimpfte Person vor einer schweren Erkrankung und sie schützen aber auch meine Umgebung, wenn ich infektiös bin vor einer Übertragung durch mich. Selbst wenn ich infektiös bin, bin ich weniger infektiös, als ich das normalerweise wäre, wenn ich nicht geimpft bin. Mit jeder Verbesserung des Schutzes kann ich verhindern oder kann ich verzögern, dass sich das Virus ausbreitet. Aber ich kann damit auch die Wahrscheinlichkeit eines schweren Verlaufs reduzieren. Und das Boostern ist deswegen unglaublich hilfreich und das Schließen der Impflücken.
Die Booster-Impfung, die schützt zusätzlich, auch das ist vielleicht noch nicht so richtig im Bewusstsein. Die übertrifft die Schutzwirkung der zweiten Impfung. Man weiß aus Studien, dass Sie

nach der dritten Impfung vermutlich besser und wahrscheinlich auch länger geschützt sind und dass die Ansteckung und dass die Weitergabe etwa um den Faktor 10 geringer ist, wie Viola Priesemann schon gesagt hat. Also, das nimmt sozusagen die Dynamik aus dem Geschehen raus und verringert die Übertragungsrate. Das Risiko ist geringer, dass Sie das Virus weitergeben. Also Sie setzen sozusagen einen Block in dieses Übertragungsgeschehen. Also das Risiko ist geringer, wie schon gesagt, dass Sie das Virus weitergeben, wenn Sie infiziert sind, und das Risiko ist auch geringer, dass Sie sich selbst anstecken, und natürlich auch das Risiko für einen schweren Verlauf.
So, und jetzt überlegen wir uns noch mal, was ist eigentlich die Situation jetzt? Ich habe verschiedene Instrumente, die man einsetzen kann, um Übertragung zu verhindern. Und davon ist die Impfung tatsächlich technologisch und immunologisch, epidemiologisch die sinnvollste und die technologisch am weitesten fortgeschrittene. Alles andere sind ja eigentlich Maßnahmen aus dem letzten Jahrhundert. Also wenn Sie sagen: Okay, wir treffen uns nicht mehr, wir tragen Masken. Auch das Testen letzten Endes, all das ist wirksam. Das haben wir auch gesehen, dass es wirksam ist, vor allem im letzten Jahr. Aber es ist weniger wirksam als die Impfung. Und bis wir so weit sind, dass die Immunisierung funktioniert, dass wir ausreichend Menschen immunisiert haben, ist es natürlich wichtig, auch andere Maßnahmen einzusetzen. Aber wir dürfen nicht vergessen, dass das Testen die Impfung nicht ersetzen kann. Wir werden da vielleicht noch mal drauf kommen, auf 2G, 3G oder was auch immer. Aber Sie können durch das Testen an sich nicht denselben Effekt erreichen wie durch die Impfung. Und das ist im Prinzip die Grundaussage dieses Papiers, dass wir sagen: Das ist die technologisch am weitesten fortgeschrittene Lösung, das ist die Lösung, um tatsächlich eine Immunisierung der Bevölkerung zu erreichen, um uns aus dem Schlamassel herauszuholen.

Moderatorin [00:17:00]

Sie haben ja gerade das Wort nachhaltig schon verwendet, das steht ja auch in Ihrem Titel drin. Das heißt jetzt eben nicht kurzfristige Strategie, um COVID-19 einzudämmen, sondern eben nachhaltig, also eher längerfristig angelegt. Aber ich denke trotzdem, im Akuten, da können wir gleich vielleicht noch mal drauf kommen, müssen diese alten, wie Sie sagen, oder älteren Strategien ja trotzdem eine Rolle spielen. Ich würde vielleicht eine Zwischenfrage stellen – Frau Betsch, entschuldigen Sie bitte, ich nehme Sie gleich sofort dran – an Herrn Überla. Und zwar gibt es ja noch keine generelle Booster-Empfehlung aus der STIKO. Sie sitzen ja dort auch mit drin. Zwei Fragen dazu:
Wann und wie schnell könnte das eigentlich kommen, dass dann auch wirklich, sagen wir mal, die große Akzeptanz auch unter den Ärzt*innen und unter der Bevölkerung oder in der Bevölkerung da ist für Booster? Bleiben wir vielleicht erst mal dabei. Ich habe aber noch eine Frage. Können Sie einen kurzen Einblick in die STIKO geben und sich gerne entmuten, bevor sie anfangen zu sprechen, dann hören wir Sie.

Klaus Überla [00:17:54]

Ja, also die Situation ist ja folgende. Die überwiegende Anzahl der COVID-Patienten auf den Intensivstationen sind über 60-Jährige und Personen mit Vorerkrankungen. Und wir brauchen akut eine Entlastung der Intensivstationen. Und insofern müssen wir bei Engpässen hinsichtlich der Impfkapazität zunächst diese Personengruppen impfen, um rasch von den Zahlen auf den Intensivstationen runterzukommen. Und das ist ein wichtiger Grund, weshalb die STIKO die Empfehlung für die über 70-Jährigen letztlich ausgesprochen hat, für Personen, die immunkomprimiert sind, und andere schwer erkrankte Personen. Und das ist das Entscheidende. In dem Moment, wo wir genügend Impfkapazitäten hätten, würde eine generelle Impfempfehlung für über 18-Jährige, eine Auffrischimpfempfehlung für über 18-Jährige sicherlich sehr sinnvoll sein. Das heißt, wir müssen jetzt sehen: Wie schnell gelingt es wirklich, die Impfkapazitäten hochzufahren und auch gezielt die zu motivieren, die besonders gefährdet sind, jetzt an den Auffrischimpfungen teilzunehmen? Denn ein 85-Jähriger wird nicht so einfach von sich selbst jetzt aufgrund von ein paar Medienberichten

zum Impfzentrum oder zu seinem Hausarzt gehen, sondern da kann gezieltes Kontaktieren, die auffordern zur Impfung zu kommen, schon einen wesentlichen Beitrag leisten, dass er dann auch dieses Impfangebot wahrnimmt.

Moderatorin [00:19:34]

Trotzdem wäre ja die Voraussetzung, dass irgendwann auch die Jüngeren sich boostern lassen – nicht die Voraussetzung, aber trotzdem einen großen Anteil daran – könnte ja eben eine STIKO-Empfehlung haben. Deswegen da noch mal die Frage: Sie sind da ja dran, Sie gucken sich auch die Daten an und da zielt auch so ein bisschen meine zweite Frage hin ab: Diskutieren Sie auch die Daten im Sinne von Booster-Effektivität, um schwere Verläufe wiederum auch weniger werden zu lassen, also zu reduzieren? Weil da hab ich jetzt gerade heute noch mal aktuelle Daten aus Israel gesehen, dass das auch in allen Altersgruppen tatsächlich dazu führt, das Boostern, dass dann doch auch die schweren Verläufe wieder sehr stark reduziert werden können. Das ist ja auch ein Argument noch mal für den Individualschutz für die Jüngeren. Aber natürlich, wie Sie sagen, nach der Reihenfolge bitte erst mal oben anfangen und wieder in der Reihenfolge runterimpfen.

Klaus Überla [00:20:23]

Absolut. Wir schauen uns natürlich beide Aspekte an, den Individualschutz wie auch den Bevölkerungsschutz. Und beides spricht im Prinzip für eine Booster-Impfung bei über 18-Jährigen. Nur ist halt einfach die Sorge, wenn jetzt nur die Hausärzte impfen und die 50-Jährigen jetzt sofort zum Hausarzt rennen und einen Termin machen, dass die 80-Jährigen eben dann erst kurz vor Weihnachten drankommen oder im neuen Jahr. Und das ist einfach zu spät. Wir brauchen jetzt die Impfung derjenigen, die eben das größte Risiko haben, auf den Intensivstationen zu landen.

Moderatorin [00:20:57]

Vielen Dank! Das ist Prof. Dr. Cornelia Betsch, sie ist wissenschaftliche Leiterin am Center for Empirical Research in Economics and Behavioral Science an der Universität Erfurt und Initiatorin des Projekts COVID-19 Snapshot Monitoring, also COSMO, das wir jetzt auch schon häufiger mal thematisiert haben hier. Wir haben jetzt gerade gehört, Impfung und Booster müssen eine große Rolle spielen, damit wir das auch nachhaltig einbremsen können, das Virus, aber eben mittelfristig einbremsen können. Wie steht es denn da um die Akzeptanz aus psychologischer Perspektive? Da erheben Sie ja auch immer Daten in der COSMO-Umfrage. In Israel wurden oder haben sich 50 Prozent der Menschen, die schon vollständig geimpft waren, boostern lassen, also die Hälfte. Wie sieht es denn in Deutschland aus?

Cornelia Betsch [00:21:45]

Auch von mir vielen Dank für die Einladung und schön, dass Sie alle da sind. Wir gucken uns das ja jetzt schon eine ganz schöne Weile an. Im Moment sehen wir, dass eigentlich wer geimpft werden will, fast geimpft ist. Also die, die ungeimpft sind, davon ist über die Hälfte eigentlich nicht impfbereit. Da ist natürlich die Frage: Wie kann man die anderen noch kriegen? Und kann man die schon Geimpften boostern? Wir sehen, dass unter denen, die schon geimpft sind, ungefähr drei Viertel sagen: Ja, ich würde auch eine Booster-Impfung nehmen. Das sind also bei Weitem nicht alle, die man da erreichen könnte. Die Gründe, die für die Leute dagegen sprechen, wir haben das mal auf und abgefragt, sind, erst mal, dass diese Sechs-Monate-Frist noch nicht abgelaufen ist. Da kann man ja sagen, gut, Haken dran. Aber es ist auch sehr vielen Leuten nicht klar, warum das notwendig ist. Und sie zweifeln doch immer noch an der Sicherheit und haben eben auch selber Impfreaktionen erlebt zum Teil, die dann dazu führen, dass sie sagen: Oh, das will ich nicht nochmal haben.

Also es fehlt auch hier im Moment noch die Einsicht, warum das notwendig ist. Also sollte das kommen, ist das sicherlich noch mal ein ganz wichtiger Punkt in der Kommunikation.
Und ich will da vielleicht gleich noch mal auf diese STIKO-Empfehlung eingehen, was Herr Überla gerade sagte. Also ich kann das natürlich nachvollziehen, dass man sagt: Gut, wir müssen jetzt auf die Kapazitäten achten, aber man könnte das natürlich auch andersherum denken. Also wenn man eigentlich weiß, dass es für alle notwendig wäre, könnte man durch eine Empfehlung auch entsprechenden Druck aufbauen, damit die Kapazitäten geschaffen werden. Denn wir haben immer wieder in der Historie, jetzt in der Pandemie erlebt, dass eine fehlende Impfempfehlung durch die STIKO auch so wahrgenommen werden kann, dass die Leute denken: Es wird mir abgeraten, das zu tun. Also, wir haben das bei der Kinderimpfung gesehen, wir haben das bei den Schwangeren gesehen. Das ist auch jetzt hier nicht ausgeschlossen. Deswegen möchte ich ganz dolle noch mal zu bedenken geben, dass eine fehlende Impfempfehlung durch die STIKO auch eine Kommunikationshandlung ist, in beide Richtungen. Also, von daher denke ich, dass die Booster-Impfung schon was ist, wo drei Viertel der Leute sagen: Ja, würde ich machen, aber auch hier gibt es noch enormen Kommunikationsbedarf.

Moderatorin [00:24:05] 75 Prozent, ja, da hat man schon mal einen Wert.

Cornelia Betsch [00:24:10]

Darf ich da eine Sache noch zu sagen? Das haben wir jetzt nicht richtig angeguckt bis jetzt. Aber das ist ein wichtiger Punkt. Wir haben ja ganz viele Leute, die Janssen-geimpft sind. Also einmal, wo man ganz dringend auch die zweite Impfung braucht. Wir sehen immer noch, dass zum Beispiel an der Uni oder in Clubs oder irgendwo, wo aufsuchend geimpft wird, was ja toll ist, trotzdem noch Janssen verimpft wird, ein bisschen mit der Werbung: Man braucht nur einen Schuss, aber man braucht natürlich jetzt auch den zweiten. Die Frage ist also ein bisschen: Gibt es eigentlich genügend Booster-Angebote auch an diesen Stellen, wo man die Leute erreicht, die vielleicht sonst nicht zum Arzt gehen oder von alleine auf die Idee gekommen wären. Also erreicht man die dort auch? Und wie erreicht eigentlich die Nachricht über die Booster-Impfung die Leute? Also, die meisten haben jetzt ja doch die Cov-Pass-App oder irgendeine andere App, wo sie ihren Impfstatus da drin haben, also vielleicht kann man so was auch nutzen, um Push-Nachrichten zu verbreiten, dass eine weitere Impfung fällig ist. Perspektivisch natürlich auch, wenn wir auch über 2G, 3G reden, kann man natürlich auch noch mal überlegen, inwiefern erst mit der Booster-Impfung für bestimmte Altersgruppen man als vollständig geimpft gilt. Also, da sind, glaube ich, noch viele Möglichkeiten, die noch nicht ausgeschöpft sind.

Moderatorin [00:25:23]

Ja, sehr gut, dass Sie das ansprechen. Herr Überla, haben Sie da einen Kommentar zu. Diskutieren Sie das auch in der STIKO, dass man es auch umdrehen könnte?

Klaus Überla [00:25:33]

Die STIKO ist ja primär mal für die Empfehlungen zuständig und nicht für die Umsetzung. Und unser Adressat ist letztlich auf der einen Seite natürlich die Ärzteschaft, auf der anderen Seite wird das natürlich auch in der Politik wahrgenommen. Und letztlich können diese Impfkapazitäten, diese zusätzlichen, nur durch die Politik geschaffen werden, nicht durch die STIKO. Und die Sorge ist natürlich schon, dass wenn jetzt so viele gleichzeitig eine Impfung wollen und warten müssen, andere lästige Phänomene auftreten und nicht ihren Impftermin bekommen, dass das natürlich auch weiter Unmut und Unzufriedenheit schafft. Und da die Frage an Frau Betsch: Wie wirkt sich

das auf die Impfakzeptanz aus, wenn ich jetzt fünf Wochen warten muss, bis ich meinen Impftermin bekomme?

Moderatorin [00:26:18] Als U50 zum Beispiel.

Klaus Überla [00:26:20] Als U50, ja.

Cornelia Betsch [00:26:22]

Da würde ich immer auch denken, wenn ich darauf noch antworten kann, dass die U50 dann gleich noch ihre Eltern mit zum Hausarzt nehmen können. Dann hat man nämlich auch dieses organisatorische Problem weg. Und ich glaube, dass es geschickter wäre, die allgemeine Empfehlung draußen zu haben. Denn dann weiß auch die Politik: Das ist jetzt geboten, und wir müssen die Kapazitäten schaffen. Und dann wächst auch der Druck von der Ärzteschaft auf die Politik, diese Kapazitäten zu schaffen.

Klaus Überla [00:26:47] Also die Politik ist ja informiert durch unsere letzte Stellungnahme, dass diese Empfehlung kommen wird. Und insofern ist, glaube ich, von der Seite das zumindest klar.

Moderatorin [00:27:00]

Ich würde an dieser Stelle noch mal auf Frau Betsch zurückkommen, und zwar eine Frage schließt sich hier an, die sich auf die Impfakzeptanz auswirkt. Also von außen habe ich schon eine Frage: Können Sie in Ihren Daten sehen, ob Protein-Impfstoffe, also Impfstoffe, die auf Proteinen basieren, einen Teil der bisher Nichtgeimpften irgendwie überzeugen? Weil das ist ja häufig ein Argument: Ich warte lieber auf die klassischen Impfstoffe und nicht auf den experimentellen Kram, sage ich mal, der gerade da ist. Wissen Sie da was zu? Fragen Sie ab, wie die Akzeptanz für einzelne Impfstoffe ist?

Cornelia Betsch [00:27:33] Machen wir im Moment nicht, hat mich aber schon vermehrt erreicht die Frage. Werden wir wahrscheinlich in der nächsten Woche aufnehmen.

Moderatorin [00:27:39]

Okay, schön, dann halt trotzdem noch eine Frage an Sie, die mich beschäftigt hat. Und zwar sieht man ja zum Beispiel im Vereinigten Königreich, da war ja irgendwann Freedom Day, da gibt es keine Maßnahmen mehr. Und trotzdem geht ja die Inzidenz jetzt nicht einfach runter, die pendelt auf einem ziemlich hohen Niveau, und der R-Wert pendelt immer so um Eins. Und da ist das Argument: Wahrscheinlich ist der Bevölkerung schon ganz klar, ah, jetzt wird es wieder so ein bisschen brenzlig, jetzt nehm ich mich wieder ein bisschen zurück. Also keine politischen Maßnahmen mehr einzuführen, sondern dass einfach aus der Bevölkerung heraus dieses Risikobewusstsein da ist und sich damit, mit der Impfquote, die da herrscht, die besser ist als bei uns natürlich, aber dass sich da der R-Wert so rund um Eins hält. Sehen wir das auch in Deutschland, dass dieses Risikoverhalten sich anpasst, obwohl die Politik jetzt ja noch nicht richtig viel geändert hat an den Maßnahmen? Also könnte das einen Beitrag leisten?

Cornelia Betsch [00:28:31]

Ich würde es jetzt aktuell nicht empfehlen, darauf nur zu setzen, obwohl es de facto ja eigentlich gerade so stattfindet. Wie gesagt, England hat da vielleicht ein bisschen ne höhere Impfquote. Wir sehen das auch, tatsächlich. Immer wenn die Fallzahlen steigen, verändert sich das Schutzverhalten, also gerade so das freiwillige Vermeidungsverhalten – Reisen, Partys und so weiter – geht dann immer ein bisschen runter. Und wir sehen aber auch, dass wenn dann keine Maßnahmen politisch getroffen werden, dann entspannt sich das wieder.
Man muss auch sehen, dass auch Maßnahmen, die verändert werden, tatsächlich so eine Art Risikokommunikation sind. Wir sehen zum Beispiel, wenn Menschen berichten, sie waren in Bars und da war 2G statt 3G oder gar keine Regelung, und wir fragen sie: Was glaubst du, wie hoch war da das Risiko? Dann wird das Risiko am höchsten wahrgenommen, wenn eine 2G-Regel da war. Das heißt, das ist ein Hinweis für die Menschen zu sagen: Hier ist übrigens das Risiko hoch, und deswegen haben wir eine Regel verschärft. Ich glaube, das muss man zusammen sehen das Spiel. Menschen reagieren einerseits auf die Fallzahlen, aber andererseits eben auch auf politische Maßnahmen, die eben auch nicht stattfinden. Und dann entspannt es sich zum Teil auch wieder. Wenn die Impfquote hoch genug ist, ist es vielleicht was, wo man sich dann eintarieren kann und das R wackelt um die Eins. Aber im Moment scheint es nicht zu funktionieren wegen zu geringer Impfquote.

Moderatorin [00:29:50]

Ich hätte jetzt Frau Grill aus epidemiologischer Perspektive dazu noch mal gefragt. Herr Überla, ich habe Sie gesehen. Was glauben Sie, was für einen Effekt es epidemiologisch haben kann diese natürliche Verhaltensänderung der Menschen, haben Sie da eine Abschätzung?

Eva Grill [00:30:03]

Ja, ich meine, die kann ziemlich dramatisch sein. Das haben wir ja im Frühjahr 2020 gesehen, dass da, schon bevor Maßnahmen angekündigt wurden oder erst nur die Ankündigung einer Maßnahme bereits zur Verhaltensänderung führt. Aber wie die Frau Betsch schon ganz richtig sagt, ich würde da nicht darauf warten und ich würde da nicht darauf hoffen, sondern ich glaube, was wichtig ist für die Kommunikation, ist, ganz klar zu sein und Ursache und Wirkung darzustellen. Und auch die Gründe für das, was passiert, darzustellen. Also transparent zu sein in der Kommunikation.

Moderatorin [00:30:41] Herr Überla, Sie hatten noch einen Kommentar.

Klaus Überla [00:30:43]

Ich wollte nur noch mal die Unterschiede in der Epidemiologie zwischen England und Deutschland darstellen. In den Impfraten sind wir relativ gleich, wo der wesentliche Unterschied ist, dass die Engländer sehr viel mehr, [also sich] ein größerer Anteil ihrer Bevölkerung bereits infiziert hat. Und die sind natürlich auch aufgrund ihrer durchgemachten Infektion vor erneuter Infektion geschützt und tragen zur Bevölkerungsimmunität bei. Aber der Anteil der vollständig Geimpften ist in beiden Ländern relativ ähnlich.

Moderatorin [00:31:15]

Okay, ich lasse es jetzt mal so stehen. Ich kann es gerade nicht verifizieren, ich dachte immer, dass die in den höheren Altersgruppen, also dass der Durchschnitt auf jeden Fall ähnlich ist, aber dass die in den höheren Altersgruppen noch einen Tacken besser sind, also Ü60 da auf jeden Fall eine

viel größere Menge an Menschen erreicht haben. Also dass dieses Mittel zwar gleich ist, aber die Altersgruppen schon besser sind.

Klaus Überla [00:31:37] Bei den über 60 haben wir auch schon 85 Prozent geimpft.

Moderatorin [00:31:41] Die haben glaube ich über 90, deswegen, das sind glaube ich so über 10 Prozentpunkte...

Klaus Überla [00:31:45] Aber 10 Prozent der Bevölkerung, die dann eben mehr infiziert ist, sind natürlich auch eine Hausnummer.

Moderatorin [00:31:53]

Ja natürlich. Also klar, das ist auf jeden Fall auch ein Aspekt. Da kam ja gerade noch mal die neue Studie auch für Deutschland raus, dass es hier einfach noch nicht so richtig der Fall ist, dass so viele sich infiziert haben. Frau Priesemann, ich habe noch mal eine Frage an Sie, von außen wird die hier gestellt. Im Interview vor rund vier Wochen haben Sie dem "Göttinger Tageblatt" im Interview gesagt, dass 2G nicht nötig ist und 3G reicht. Denn der Druck durch die kostenpflichtigen Tests, der aufgebaut wird, der wird schon hoch genug sein. Stimmen Sie dem heute noch zu? Weil im Papier steht ja auf jeden Fall, ich will mal sagen, fast das Gegenteil.

Viola Priesemann [00:32:24]

Um das klarer zustellen: Wir haben dort verglichen, braucht man 2G oder braucht man 3G, da hat nichts dazu gestanden, ob man nicht auch noch zusätzlich das Boostern, das Impfen etc. braucht. Dieses Papier seht nicht in einem Gegensatz zu dem, was ich in Göttingen gesagt habe. Im Göttinger Tageblatt ging der Hauptpunkt darum, dass man je nachdem, wo und in welchem Bereich man 2G macht – und damals ging es um 2G in Supermärkten unter anderem – einfach Menschen ausschließt, was völlig inadäquat ist. Ich glaube, da sind wir uns alle einig. Und insofern muss man sich genau überlegen, wo man 2G macht, wo man 3G macht. Der eine Aspekt ist die Impfmotivation, der andere Aspekt von 2G versus 3G ist, dass dort lokal natürlich weniger Personen infiziert werden, die dann möglicherweise einen schweren Verlauf haben. Aber wir können ja die Menschheit nicht trennen in diejenigen, die 2G sind und die anderen, die nicht 2G sind. Das heißt im Haushalt, in den Schulen, am Arbeitsplatz, in privaten Treffen trifft sich natürlich 2G und 3G, das heißt, die Inzidenz ist gekoppelt. Alle Infektionen, die bei einem 2G-Event stattfinden, werden irgendwann auch die nicht geschützten Personen erreichen. Insofern ist der Effekt von 2G noch mal besser auf jeden Fall als 3G, aber man darf sich nicht nur auf diesen Wunschfaktor kaprizieren. Denn jede Person, die nicht bei der 2G-Veranstaltung ist, die sitzt ja nicht isoliert zu Hause und wartet darauf, dass 2G vorbei ist.

Moderatorin [00:33:49]

Da wird auch direkt die Nachfrage gestellt: Ist 2G vielleicht sogar ein Nachteil, wenn keine Masken getragen werden und kein Abstand gehalten wird. Da würde ich mal in die Richtung von Frau Grill gucken. Also kann das auch zum gegenteiligen Effekt führen?

Eva Grill [00:34:03]

Es ist ein Nachteil vermutlich dann, wenn alle Vorsicht fallen gelassen wird. Man muss sich vielleicht nochmal beim Unterschied zwischen 2G und 3G vergegenwärtigen. Bei 3G bedeutet die Testung, die ich als Nichtgeimpfter durchführe, dass ich selbst wahrscheinlich nicht infektiös bin, aber das schützt mich nicht vor der Ansteckung. Und ist der Unterschied zwischen 2G und 3G. Bei 3G ist es so, dass ich nur Geimpfte und Genesene untereinander habe, die weniger infektiös sind, die sich untereinander anstecken, die aber kein hohes Risiko für einen schwerern Verlauf haben, die auch ein geringeres Infektionsrisiko haben. Ich möchte aber noch mal ganz klar betonen, was Viola Prisemann gesagt hat: Wir müssen auch auf die Teilhabe schauen. Die Gesellschaft in zwei Gruppen zu teilen, das bringt uns nicht weiter. Wir müssen die Menschen motivieren, sich impfen zu lassen.

Moderatorin [00:35:05]

Dann habe eine Frage zu 2G, 3G, also zum Testregime an Herrn Überla. Wenn wir sagen, 2G trägt das Virus dann sowieso auch dahin, wo auch Nichtgeimpfte sind. Wie sollten sich denn Geimpfte testen. Ich weiß, Frau Betsch, in der COSMO-Umfrage kam das ja auch noch raus, dass auch Geimpfte bereit wären, sich testen zu lassen. Also ein relativ hoher Anteil, wenn ich das richtig im Kopf habe. Wie sollten die sich denn am besten testen lassen, wir wissen ja, da flutet trotzdem auch das Virus an, die Viruslast ist am Anfang hoch, die können auch andere anstecken. Also wie kann da ein Testregime unter Geimpften aussehen?

Klaus Überla [00:35:45]

Bei einem Geimpften, der Kontakt hatte zu einem COVID-Patienten, macht es natürlich Sinn, sich nach dem Kontakt zu testen, ob er jetzt infiziert wurde oder nicht. Das ist eine ganz einfache und auch sehr begrenzte Situation, wo man schon frühzeitig die Infektion bei sich selber als Geimpften bemerken kann. Und dann würde ich die Testung für Geimpfte dann für sinnvoll ansehen, wenn sie eben gerade Kontakt zu besonders gefährdeten Gruppen haben oder sich in eine Situation begeben, wo sie mit sehr viel Leuten sehr engen Kontakt haben. Das ist dann noch mal ein Weg, um sich zu schützen. Die Alternative ist natürlich, dass man sich als Geimpfter durch Tragen des Mund-Nasen-Schutzes und zusätzlich die Umgebung schützt. Und das ist aus meiner Sicht der einfacher zu praktizierende und auch effektivere Weg, um hier einen Zusatzschutz für Geimpfte zu erzielen.

Moderatorin [00:36:57]

Kostenlose Schnelltests scheinen ja wieder zu kommen, könnte man sagen: Okay, Geimpfte können sich vor einem potentiellen Superspreading-Event wie etwa einem großen Geburtstag, am besten auch noch mal testen und sollte dann diese nicht von kostenlosen Tests ausschließen, sondern alle mit einbeziehen und auch allen das empfehlen, dass es auch mal zwischenzeitlich möglich sein kann. Aber epidemiologisch wahrscheinlich nicht so jeden zweiten Tag, einfach nur um die Infektion aufzudecken, sondern wenn dann vor einer möglichen Ansteckungssituation.

Klaus Überla [00:37:27] Genau, für bestimmte Events ist das eine Maßnahme für eine zusätzliche Sicherheit.

Moderatorin [00:37:34] Frau Priesemann, Sie hatten sich noch gemeldet.

Viola Priesemann [00:37:37]

Ich glaube, sobald ein Verdachtsfall, Symptome oder vulnerable Personen oder große Gruppen im Spiel sind, ist Testen sehr, sehr sinnvoll. Und dann ist die Frage, muss das ein organisierter Test sein, wo man hingeht und der Staat – kostenlos ist ja ein interessantes Wort in dem Zusammenhang – dann diese 14 Euro etwa pro Test bezahlt. Dann muss man überlegen, wie viel Positiv-Teste sind da zu sehen. Typischerweise ist da einer von 1.000 oder einer von 10.000 Tests positiv. Das heißt, man muss das Kosten-Nutzen-Verhältnis auch mitdenken bei den sogenannten kostenlosen Tests. Die andere Sache ist, im Supermarkt gibt es diese Tests für 80 Cent, zumindest hier in Göttingen, warum die nicht einfach zu Hause verwenden, wann immer man in diesen Situationen ist und wenn man möchte, natürlich auch mal so zum Screenen und Schauen. Natürlich, das ist bedingte Wahrscheinlichkeit. Wenn der Verdachtsmoment da ist, weil man Kontakte hatte oder weil das Risiko hoch ist für andere Personen, dann ist es immer sehr sinnvoll, sich noch zusätzlich zu testen. Und wir wissen aus den Tests in den Schulen, die werden ja von den Kindern typischerweise selbst durchgeführt, dass an den Schulen Infektionen durch Schnelltests entdeckt werden. Es ist so, dass die einen Teil der Infektionen gut aufdecken können. Die sind nicht ganz so sensitiv wie PCR-Tests, aber sie sind definitiv hilfreich, um Infektionen zu entdecken.
Wir als Theoretiker*innen können dann auch noch durchrechnen: Wenn jede Person sich einmal die Woche etwa testen würde – das ist dann aber was, wo Frau Betsch und andere sicherlich sagen würden, das wird nicht passieren – aber wenn das der Fall wäre, dann würden wir diese Pandemie halbwegs stabilisieren können, gegeben, dass die Kontaktnachverfolgung und die Quarantäne darauf zügig folgt. Aber das ist immer das Problem der Kommunikation, man erreicht nicht alle Menschen damit. Und es ist auch, um das zu betonen, nur eine Übergangsmaßnahme. Eine langfristige Wirkung für die nächsten Monate haben wir durch eine Impfung, ein Test, der wirkt 24 Stunden, eine Impfung wirkt deutlich länger.

Moderatorin [00:39:43]

Auf jeden Fall. Ich würde jetzt trotzdem noch mal auf die akuten Maßnahmen zu sprechen kommen, auch wenn natürlich klar ist, boostern und impfen muss einen großen Anteil haben, um das nachhaltig einzudämmen. Was müssen wir bis Weihnachten machen, das würde ich trotzdem noch mal in die Runde fragen und einfach mal eine Idee reinwerfen. Was würden Sie denn von einem Ü50-Lockdown halten? Wäre es nicht interessant, nicht zwischen geimpft und ungeimpft zu entscheiden, weil wir die eh nicht auseinanderhalten können, hatte Frau Grill gerade schon gesagt. 2G, 3G bringt in dem Sinne nichts, dass sie sich sowieso woanders wieder treffen werden und die Infektion weitergeben würden. Wenn wir jetzt aber die abschirmen wollen, die das höchste Risiko haben, bis die alle durchboostert sind, könnte so ein Ü50-Lockdown eine Maßnahme sein. Frau Grill als erste Mal, kleines Gedankenexperiment.

Eva Grill [00:40:34]

Das ist ein interessantes Gedankenexperiment und wenn Sie genau diejenigen eingrenzen wollen, die schon eine relativ hohe Impfquote haben, bei den Ü50 ist das ja so. Ich glaube nicht, dass generelle Lockdown-Methoden tatsächlich im Moment akut Sinn machen, sondern ich glaube, wir müssten mit dem Zusammenspiel zwischen Impfen, Boostern, sinnvolle Teststrategie und Vorsicht wie zum Beispiel Masken tragen einen besseren Effekt haben. Mit der Brechstange können wir hier nicht vorgehen.

Moderatorin [00:41:21] Also der Notschutzschalter, den Sie in Ihrem Strategiepapier erwähnen, ist nicht Lockdown, auch nicht für eine Teilbevölkerung.

Eva Grill [00:41:28] Das habe ich so nicht nicht gemeint. Der Notschutzschalter ist eine weitere Notmaßnahme, die aber gut vorbereitet sein muss und die nicht ausgrenzend sein sollte.

Moderatorin [00:41:41] Ü50-Lockdown, was würden die Menschen davon halten, Frau Betsch, selbst wenn es nur eine Teilbevölkerung ist?

Cornelia Betsch [00:41:48]

Das haben wir in dieser konkreten Art nicht abgefragt. Ich glaube, im Prinzip gibt es viele Maßnahmen, die möglicherweise nicht adäquat kontrolliert werden. Wenn wir sagen, wer hat denn schon mal seinen Impfnachweis vorgezeigt, gibt es ein Drittel der Geimpften, die mussten diesen noch nie vorzeigen. Und dann kann man sagen, es gibt 2G, 3G und die mussten den Impfnachweis noch nie vorzeigen, dann stimmt dann irgendwas nicht. Wenn wir Regeln haben, sollten die auch durchgesetzt werden. Und es gibt eigentlich Pläne und Maßnahmen und die Frage ist ja, wie gut wird das durchgesetzt und wie einheitlich ist es. Dazu zählen unter anderem auch Schulmasken. Wir haben die Leute auch gefragt, tragen ihre Kinder in der Schule Masken. Es war völlig unabhängig von der Inzidenz in den Wohnort, von der Person. Da kann man sich fragen, warum ist das eigentlich so. Die meisten Leute wünschen sich einheitliche Regeln vom Bund und zwar nicht erst jetz, das haben wir von bei er Ministerpräsidentenkonferenz MPK im Januar haben wir das schon gesagt und seitdem immer wieder gebetsmühlenartig gesagt. Wo sind eigentlich diese einheitlichen Regeln mit den Strategiepapieren, die vorliegen auch von RKI und anderen, das kann ja auch erst mal umgesetzt und kontrolliert werden, dann ist vielleicht auch schon was gewonnen. Die Einheitlichkeit vereinfacht das Verständnis von Maßnahmen, auch die Akzeptanz. Die Kontrolle führt dazu, dass die Maßnahmen auch ernster genommen werden.

Moderatorin [00:43:19] Herr Überla, aus virologischer Perspektive. Ü50-Lockdown oder andere Maßnahmen bis Weihnachten.

Klaus Überla [00:43:26]

Frau Priesemann hat es ja auch schon angekündigt. Wir haben ja auch Haushalte, wo jetzt Ü50 und U50 zusammenlebt und dann haben wir genau dieselbe Situation wie die Trennung zwischen Impfung und nicht Impfung. Insofern glaube ich nicht, dass das ein sehr erfolgversprechender Weg ist. Außerdem, wie Frau Grill schon sagte, bei den über 50-Jährigen haben wir die höchsten Impfraten.

Moderatorin [00:43:54]

Frau Priesemann gerne noch einmal zum Notschutzschalter, der in Ihrem Strategiepapier steht. Das ist ja die Empfehlung zu: Was muss jetzt akut passieren? Boosterimfpung müssen wir machen, aber bis Weihnachten, was tun wir da? Können Sie den Notschutzschalter noch einmal kurz erklären.

Viola Priesemann [00:44:14]

Es geht es um die Frage: Wenn wir in einer verzweifelten Situation sind – und wir haben es genau so genannt in der Diskussion – was macht man dann. Dann können wir hier ein bisschen und da ein bisschen nachbessern. Das ist wahnsinnig frustrierend und es führt meistens dazu, dass diese Situation sich nicht wirklich löst. Und die Frage ist, inwiefern man es mit mehr oder weniger freiwilliger Motivation und eine Art Kampagne hinbekommen könnte, dass man wirklich für zwei Wochen alles herunterfährt. Wenn man das frühzeitig ankündigt, kann man versuchen, auf der Arbeit in der Zeit

keine Treffen zu haben, keine Familienfeiern oder vielleicht keine Geburtstage in genau diesen zwei Wochen zu feiern. Zwei Wochen die Kontakte einschränken, auch aus Solidarität für das Gesundheitssystem, für die Menschen, die dort arbeiten und Entscheidungen treffen müssen. Christian Karagiannidis hat es mir sehr eindringlich erklärt und auch meinen Kolleginnen und Kollegen in der Medizin. Es ist solidarisch für die, das zu machen. Mit einer wirklich umfassenden Einschränkung der Kontakte plus freiwilligem, selbst durchgeführtem Testen könnte man die Fallzahlen deutlich herunterbringen.
Wir haben R-Werte von 0,7 bis 0,8 in Deutschland erreicht. Jetzt haben wir ja noch wesentlich mehr Maßnahmen, die uns da helfen. Das heißt, man kriegt damit innerhalb von zwei Wochen die Fallzahlen zumindest transient herunter. Das ist keine langfristige Lösung, aber es entlastet dann in den Wochen darauf die Intensivstationen, weil all diese Personen erst mal nicht infiziert sind, das Kontaktnachverfolgen funktioniert wieder besser. Also einfach Luft reinbringen.
Und wenn es früh genug angekündigt ist, wenn das möglicherweise in Schulferien fällt oder so etwas, dann ist das auch eine ganz andere Belastung. Dann kann es im Gegensatz zu einem Endlos-Lockdown Solidarität darstellen, den wir auf jeden Fall denke ich alle nicht wieder haben wollen. Und ich glaube, das ist das, was man im Kopf behalten möchte. Ich will das wirklich betonen. Wenn wir ein bisschen aufgeben und das nur halb umsetzen, dann bringt es fast nichts, dann verpufft es. Wenn man es macht, muss man es richtig machen. Das ist ja mathematisch dieser Effekt: Zehn Prozent mehr bringen dann überproportional deutlich viel mehr an Reduktion in der Inzidenz.

Moderatorin [00:46:30]

Und wenn wir jetzt davon ausgehen, es würde noch einmal so ein umfangreiches Maßnahmenpaket beschlossen und dann auch durchgezogen, dann würde das die nächste Woche betreffen. Nächste Woche sollen sich die Ministerpräsidentinnen und -präsidenten treffen und dann wird es ja wahrscheinlich eingeführt. Würde das tatsächlich noch einen bremsenden Effekt bringen, wenn wir in zwei Wochen noch mal so ein Maßnahmenpaket einführen, wann würde es was bringen, haben Sie da mal geschaut in den Modellierungen?

Viola Priesemann [00:46:54]

Wenn man diesen Notschutzschalter umsetzt, dann reduziert er die Inzidenz um einen gewissen Faktor. Angenommen, wir erreichen damit den R-Wert von 0,7, dann kommt man innerhalb von zwei Wochen um den Faktor 4 herunter in der Inzidenz. Man kann überlegen, was ein guter Zeitpunkt wäre, nach Weihnachten, über Weihnachten – es ist eine politische Abwägung. Man muss es früh genug ankündigen, dass die Menschen sich darauf einstellen können. Das ist eine Entlastung in einer Notsituation, dann müsste man es eigentlich schnell machen.
Oder aber, wenn wir sehen, dass bis Januar die kritische Situation auf den Intensivstationen immer noch nicht gelöst ist, weil das Bewusstsein nicht schnell genug vorangeht etc, dann muss man jetzt schon sagen: Wenn wir bis da und da nicht eine Entlastung haben, dann machen wir das einfach, damit wir auch die Grundversorgung aller anderen Patientinnen und Patienten im Krankenhaus wieder auf einer hohen Qualität läuft, die wir uns alle wünschen. Die läuft natürlich auf einer hohen Qualität.

Moderatorin [00:47:52]

Ich habe noch eine Frage. Herr Drosten ist ja relativ pessimistisch gewesen, dass wir mit dieser Impfquote so schnell vorwärts kommen, um dann noch die größere Belastung zu verhindern. Und er hat vor 100.000 Toten gewarnt. Das wurde jetzt auch sehr prominent auch in den Medien berichtet, weil er sagt: Das wird nicht reichen mit der Impfquote. Wir sollten natürlich alles daran setzen. Das sagt er auch schon seit Wochen. Halten Sie die Größenordnung für realistisch, die Herr

Drosten gesagt hat mit den 100.000 Toten. Herr Überla, sind Sie da auch eher so pessimistisch oder ist das vielleicht sogar noch konservativ gerechnet, wie Herr Drosten sagte?

Klaus Überla [00:48:28]

Die Todeszahlen kann ich im Moment weder bestätigen noch ihnen widersprechen. Frau Priesemann kann da vielleicht noch was zu sagen. Generell ist es natürlich schon so, dass wir jetzt im Winter massiv viel Fälle haben werden und da wir mit den Impfungen einen entsprechenden Vorlauf [brauchen] und die auch erst im Januar oder Februar wirklich greifen. Umso dringlicher ist es, jetzt zu beginnen. Frau Priesemann, wenn Sie noch etwas zu den Kalkulationen der Todesfälle sagen können.

Viola Priesemann [00:49:07]

Diese Zahl ist im Rahmen des Realistischen. Wir hatten bisher in der gesamten Pandemie etwa 100.000 Tote und Christian Drosten sagt, es könnte noch mal genauso viele geben. Das ist ja das, was er sagt. Wir wissen, das haben wir alle unabhängig durchgerechnet, wir haben mindestens dreimal mehr Personen, die noch einen schweren Verlauf haben könnten, in der Bevölkerung, also dreimal mehr, als wir bisher hatten. Das heißt, das ist die Größenordnung, die man erwarten würde, wenn natürlich nicht weiter geboostert, geimpft etc. wird. Also das ist eine realistische Zahl.

Moderatorin [00:49:44]

Ich würde gern noch mal auf das Thema Impfpflicht zu sprechen kommen. Eine Frage kommt hier rein an die drei Autor*innnen, haben Sie das in dem Strategiepapier diskutiert. Und warum steht sie jetzt im Endeffekt nicht drin [als Empfehlung sie einzuführen] und dann würde ich an Frau Betsch abgeben, wie ist die Situation bei der Bevölkerung zu verschiedenen Impfpflichten.

Viola Priesemann [00:50:04] Sie steht drin.

Eva Grill [00:50:11]

Wir haben es intensiv diskutiert und einerseits kann man sagen, rein aus rationalen Gründen ist die Pflicht natürlich etwas, worüber man nachdenken muss und was wahrscheinlich viele Probleme lösen würde, es würde auch viele Probleme erst mal schaffen. Eine Impfpflicht verursacht Kontroversen und Widerstand. Wir haben in dem Papier differenziert, dass man unterscheiden muss zwischen einer allgemeinen Impfpflicht in der Bevölkerung und zwischen einer Impfpflicht bei zum Beispiel Beschäftigten im Gesundheitswesen, bei bei Pflegenden, bei Menschen, die also mit besonders schutzbedürftigen Gruppen arbeiten. Die Frage ist hier tatsächlich, wo greift die Impfpflicht am besten. Das ist das, was wir in dem Papier beantworten. Eine Impfpflicht für Beschäftigte im Gesundheitswesen sollte auf alle Fälle diskutiert werden, sollte überlegt werden.

Moderatorin [00:51:08] Frau Betsch, auch aus Bevölkerungssicht.

Cornelia Betsch [00:51:11]

Tatsächlich sagen zwischen 66 und 71 Prozent, es sollte für verschiedene Berufsgruppen eine Impfpflicht geben oder sie würden sie befürworten. Bei einer allgemeinen Impfpflicht sieht es

nicht so aus, da ist die Zustimmung deutlich geringer. Letztendlich hat so eine Impfpflicht natürlich auch immer das Problem, dass sie umgesetzt werden muss und möglicherweise irgendwie sanktioniert werden muss. Dann ist wieder die Frage, wer soll das machen und wie wird es organisiert.
Ich glaube, was mir in der Diskussion noch fehlt , ist eine Default-Regelung, wo im Prinzip Impfen die Regel ist. Es wird erwartet, dass Menschen sich impfen lassen zum Beispiel am Arbeitsplatz und wer es aber nicht will, der muss das erklären. Der muss etwa ein Aufklärungsgespräch beim Arzt haben, sich das bestätigen lassen und das vorlegen und dann muss er sich testen lassen.
Wir sehen in anderen Ländern, dass es gut funktioniert, nicht bezogen auf COVID, sondern auf andere Impfungen, weil der Mensch leider ein faules Wesen ist. Nicht impfen muss genauso anstrengend sein wie impfen und das hat in anderen Bereichen ganz gut geklappt. Das ist vielleicht noch mal so eine Zwischenlösung, keine echte Impfpflicht, aber es ist trotzdem klar: Impfen ist die Regel und wer es nicht will, muss es erklären. Das kann man auch noch mal überlegen, gerade wenn man über 3G am Arbeitsplatz nachdenkt.

Moderatorin [00:52:40]

Im Gesundheitssektor hat das heute der Ethikrat diskutiert und sehr stringent darauf hin argumentiert, dass es im Gesundheitssektor auf jeden Fall Sinn machen würde. Aber das nur so als Einwurf. Frau Betsch, eine Frage noch. Im Vorfeld der Bundestagswahl hängen immer wieder Plakate aus zur Wahlwerbung. Wäre nicht so eine Kampagne für die Impfung denkbar. Überall hängen Plakate mit Impfwerbung. In Tschechien wird zum Beispiel offenbar mit abschreckenden Bildern von COVID-19-Toten gearbeitet, also so wie bei den Zigarettenpackungen. Gibt es noch Kommunikations-Kampagnen, die man starten könnte?

Cornelia Betsch [00:53:29]

Wir hatten in COSMO ja auch geguckt, was wollen die Leute noch wissen, welche Falschinformationen gibt es vielleicht und haben daraufhin zwei, drei Themen rausgefischt, die weit verbreitet waren und hatten auch eine Firma, die freundlicherweise Großflächenwerbung an Bushaltestellen und so weiter gesponsert hätte. Dann haben wir ziemlich tolle Plakate gemacht und haben die dann vorgetestet, so wie wir das immer machen. Das führte dazu, dass die Leute, die sich eh nicht impfen lassen wollten, diese besonders doof fanden und sich dann auch besonders wenig impfen lassen wollten – also hat Reaktanz, also Trotz ausgelöst. Das ist das Problem, das wir im Moment unter den Ungeimpften relativ viele haben, die es auch einfach nicht wollen. Ich glaube, mit Goßflächen kommen wir im Moment nicht endgültig zum Ziel. Es gibt jetzt von irgendwelchen Sportvereinen auch Großflächen-Impfungen. Das ist gut, dass der Absender sich hier ändert, denn wir haben das Problem, dass unter denen, die sich nicht impfen lassen wollen, auch der Anteil derer relativ hoch ist, die der Regierung nicht vertrauen. Und wenn unter jeder Impfungwerbung "Viele Grüße, deine Bundesregierung" steht, dann bringt es nichts, weil das keine vertrauenswürdige Quelle ist. Ich glaube, interpersonale Kommunikation ist wichtig, also Ärzte. Wir sehen aber unter den Ungeimpften aktuell besonders viele Leute mit Migrationshintergrund, jüngere Leute und Ostdeutsche, das sind im Moment die Gruppen, wo es bei der Demografie ausschlägt. Da müsste man das Gespräch suchen und das mit vertrauenswürdigen Personen, die eben nicht Bundesregierung oder Landesregierung sind kommunizieren und aufklären, niederschwellig und aufsuchend ist immer noch wichtig. Das bringt jetzt keinen großen Sprung mehr, aber es ist trotzdem wichtig, um die abzuholen und niederschwellig aufzuklären, die bis jetzt noch nicht erreicht wurden. Nicht nur, irgendwo einen Impfbus hinstellen und Janssen anbieten, das reicht nicht, sondern es braucht auch das vertrauensvolle Gespräch. Das ist aufwändig und teuer, aber ich denke, dass sich das trotzdem lohnt.

Moderatorin [00:55:48]

Herr Überla, zwei Fragen kommen noch an Sie rein, dann will ich noch mal an Frau Grill abgeben und dann kommen wir auch langsam zum Schluss. Wie lange schützt die Auffrischungsimpfung, der Booster, vor einer Ansteckung. Wir sind jetzt bei der Infektionswahrscheinlichkeit [nach der Impfung] und wie lange schützt sie davor, dass man andere ansteckt, von welchem Zeitraum geht man da aktuell aus?

Klaus Überla [00:56:05]

Daten zum Schutz gibt es naturgemäß nicht. Wenn wir uns die Immunantworten ansehen, sehen wir, dass die höher sind als nach der zweiten Impfung und würden daraus folgern, dass wir einige Monate länger Impfschutz haben als nach der zweiten Impfung. Ob aus diesen Monaten Jahre werden, würde ich eher für unwahrscheinlich erachten, wenn wir über den Schutz vor Infektion reden. Wenn wir über den Schutz vor schweren Verläufen reden, dann kann ich mir durchaus vorstellen, dass sich das dann über mehrere Jahre erstreckt. Was für uns in der Situation jetzt aber wichtig ist, dass wir mit dem Auffrisch-Impfschutz über den Winter kommen, denn wir werden vermutlich im nächsten Frühjahr, Sommer wieder relativ normal leben können. Dann wird sich die Frage stellen, wie ist der Impfschutz zu Beginn des nächsten Herbstes. Bis dahin haben wir weitere Informationen darüber, wie lange jetzt der Impfschutz zum Beispiel im Rahmen der Auffrischimpfungen in Israel ist und können danach dann die Impfstrategie für die nächste Wintersaison entwerfen.

Moderatorin [00:57:29]

Vielen Dank, eine Frage noch, sie führt in die Zukunft. Teilen Sie die Einschätzung von Herrn Drosten, dass die Pandemie im Frühjahr nicht vorbei sein wird, dass wir trotz Booster und Impfung und Genesenen nicht so weit sein werden, dass wir sagen können, es ist zu Ende.

Klaus Überla [00:57:55]

Meine Vermutung ist, dass wir über den Sommer zumindest wieder eine Pause haben werden und dass die eigentlich große Frage ist, was ist im nächsten Herbst. Insofern hat er natürlich recht. Die Pandemie kann im Prinzip nächsten Herbst wieder ein Problem werden, aber das ist gegenwärtig, glaube ich, nicht seriös abzuschätzen. Wir haben es zum Teil auch noch selber in der Hand. Bis dahin ist es noch ein Jahr, wir können in diesem Jahr eben viele Impfungen, viele Auffrischimpfungen implementieren und das wird ganz entscheidend dafür sein, wie uns die Pandemie dann im nächsten Herbst begegnet.

Moderatorin [00:58:37]

Wir haben mal wieder ein Jahr Zeit, mal gucken, ob wir uns nächstes Jahr wieder treffen. Frau Grill, ich hab noch eine Frage an Sie, die sehr spezifisch ist, aber vielleicht haben Sie eine Antwort darauf, sonst gerne auch die anderen. Wie sollte denn weiter aus epidemiologischer Perspektive mit den Impfzertifikaten umgegangen werden. Sollte man sagen, der Booster ist kein Booster, sondern zählt zum Impfregime dazu, man ist erst vollständig geimpft, wenn man alle drei hat, dass man dieses Zertifikat nur bekommt, wenn man alle drei Impfungen bekommen hat?

Eva Grill [00:59:08]

Das ist schon diskutiert und zum Teil auch schon entschieden worden. In manchen Ländern ist es tatsächlich so, dass sie nach neun Monaten nicht mehr vollständig geimpft sind, wenn sie keine Boosterimpfung haben. Und das muss man sich tatsächlich überlegen. Es ist nicht ungewöhnlich,

dass Impfungen tatsächlich drei Shots brauchen. Man gilt zum Beispiel nach der FSME-Impfung auch erst nach der dritten Impfung als vollständig geimpft. Das ist etwas, was man tatsächlich überlegen sollte, aber ich denke, dass Herr Überla dazu noch etwas sagen kann.

Klaus Überla [00:59:46]

Ja, gerne. Sinn macht es auf alle Fälle, die Schutzdauer zu begrenzen, denn die ist nicht unendlich. Ob man jetzt die dritte Impfung eine Auffrischimpfung nennt oder eine Vollendung der Grundimmunisierung, ist letztlich Semantik. Es gilt zu definieren, für wie lange ist jemand nach der zweiten Impfung geschützt, für wie lange gilt jemand nach der dritten Impfung als geschützt.

Moderatorin [01:00:27] Sollte man die sechs Monate nach der zweiten Impfung als harte Grenzen nehmen?

Klaus Überla [01:00:34]

Nein, ich glaube, da brauchen wir einen fließenden Übergang. Wenn es jetzt wirklich so kommt, dass SARS-CoV-2-Infektionen hauptsächlich in der Wintersaison ein Problem sind, dann würde man auf eine jährliche Auffrischimpfsituation kommen und dann macht es keinen Sinn, jetzt ein halbjährigen Impfschutz zu definieren und die Leute dann im März zu impfen, so dass der Impfschutz im Prinzip dann möglicherweise in der darauffolgenden Situation dann wieder abgenommen hat. Also ich glaube, jetzt müssen wir entscheiden, wann wollen wir allgemein eine Auffrischimpfung machen, wie lange gestalten wir die Übergangsphasen. Es sind alles fließende Übergänge und natürlich ist das auch altersabhängig. Bei einem Jungen mag der Impfschutz im Prinzip vor Infektion schützen und jetzt ist aus Sicht der Bevölkerung der Schutz vor Infektion das Entscheidende, nicht der Schutz vor schweren Erkrankungen. Und da ist so ein Zeitraum zwischen sechs und neun Monaten durchaus vernünftig. Das betrifft übrigens auch den Genesenenstatus, der ja im Moment auch noch relativ knapp bemessen ist.

Moderatorin [01:01:54]

Vielen Dank. Frau Priesemann, ich habe eine Abschlussfrage an Sie zu den Szenarien, die Sie im Strategiepapier errechnet haben oder betrachtet haben: Für wie wahrscheinlich halten Sie es jetzt, dass wir in der Zukunft eines dieser drei Szenarien fahren werden. Für wie wahrscheinlich halten Sie welches Szenario vor allen Dingen auf Basis der derzeit diskutierten Maßnahmen, 3G am Arbeitsplatz, 2G bei Pflegepersonal, also das, was jetzt gerade in der allgemeinen politischen Debatte ist. Für wie wahrscheinlich halten Sie die einzelnen Szenarien, können Sie das noch mal als Round up zusammenfassen?

Viola Priesemann [01:02:33]

Ich sage etwas Positives. Ich hoffe und ich glaube, wir tun alle etwas dafür, dass wir nicht in dieses Szenario kommen, dass wir über Monate an den Grenzen der Intensivstationen sind, dass wir über Monate moderate, wechselnde, vielleicht auch regional wechselnde Einschränkungen haben. Wir wollen nicht schon wieder den ganzen Winter über COVID diskutieren, glaube ich. Insofern hoffe ich einfach sehr, dass die Impf- und Boosterkampagne so sehr Fahrt aufnimmt, dass wir die 25 bis 50 Prozent der Bevölkerung haben, also 25 Prozent bis Weihnachten, 50 Prozent hoffentlich bald danach, die diese Boosterimpfung wahrnehmen wollen, können und konnten. Ich denke, dass wir damit sehr gut dastehen, dass wir diese Welle damit in den Griff bekommen. Warum denke ich das? Es liegt daran, dass Israel eben auch 50 Prozent der Bevölkerung hat boostern können und

damit haben sie die Welle dort in den Griff gekriegt. Die haben eine ähnliche Bevölkerungsstruktur und vorher eine ähnliche Impfquote gehabt.

Moderatorin [01:03:30] Vom Alter her nicht.

Viola Priesemann [01:03:33]

Darum geht es ja gar nicht. Zur Übertragung tragen ja fast alle bei und die schweren Verläufe sind in den Krankenhäusern. Es geht darum, diese Welle zu stoppen und wenn wir die Welle gestoppt haben oder zumindest deutlich runtergedrückt haben, dann haben wir auch da kein Problem. Ich hoffe einfach sehr, dass wir das machen. Und dann ist der zweite Teil wahrscheinlich Wunschdenken zu sagen: Wenn wir es nicht in den Griff kriegen, wollen wir dann wirklich bis März, April durchmachen oder sagen wir im Februar irgendwann: Es reicht und planen jetzt schon im Januar oder im Februar oder wann auch immer zwei Entlastungswochen für die Intensivstationen zu machen, solidarisch, freiwillig, halb freiwillig, wie auch immer sich das dann umsetzen lässt, dass es in diesen zwei Wochen niemanden zu große Belastungen macht, aber auf der anderen Seite immer mit dem Hinblick: Jedes bisschen mehr da bringt überproportional viel.

Moderatorin [01:04:28]

Ich würde das gerne als Abschlussstatement so stehen lassen und noch mal in die Runde gucken, ob jemand noch einen Punkt hat, der zu wenig betrachtet wurde, der ihm oder ihr sehr wichtig ist, der hier noch kurz am Schluss stehen sollte. Das ist nicht der Fall, dann würde ich nämlich sagen, sind wir am Ende des Press Briefings. Ich weise noch mal alle darauf hin, dass wir das natürlich aufgezeichnet haben und dass es ein Transkript geben wird, dass wir das so schnell wie möglich auf der Webseite zur Verfügung stellen werden. Dann können Sie noch einmal nachhören oder nachlesen. Ich bedanke mich in die doch große Runde heute. Vier Expert*innen hatten wir am Start. Danke schön, dass Sie dabei waren und zu dieser Situation noch mal aufgeklärt haben und das Strategiepapier vorgestellt haben. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag.

Ansprechpartnerin in der Redaktion

Marleen Halbach
Redaktionsleiterin und Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften

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

science
media center
germany