

## Corona und kein Ende oder von der Pandemie zur Endemie? Wann dürfen wir über eine Exitstrategie sprechen?

### Zum Verlauf der Corona-Pandemie

Nach zwei Jahren COVID-Pandemie mit tagesaktueller Veröffentlichung der Inzidenzwerte, der AHA-Regel, einer Impfstrategie sowie Quarantäne bis hin zum Lockdown stellt sich die Frage nach einer Exitstrategie.

Die bisherige Strategie zur Pandemie-Bekämpfung zielte auf die Vermeidung von Infektionen und von schweren Erkrankungsverläufen (AHA-Regeln, Kontaktbeschränkung, Impfung) ab, um so auch eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern.

Nach über einem Jahr der SARS-CoV-2-Impfungen inkl. Boosterungen ist klar, dass diese nur kurzen Immunschutz bieten und auch nur für die Risikopatient:innen bei Durchbruchinfektionen eine Abschwächung der Schwere sowie eine Absenkung der Mortalität der Erkrankung erreicht wird. Dieser Effekt schwächt sich nach erfolgter Zweitimpfung nach 5-6 Monaten auf ca. 50% Risikoreduktion ab (1).

Mittlerweile stellt die Omikronvariante mit mehr als 90% der Infektionen die dominierende SARS-CoV-2-Mutante in Deutschland dar. Die Letalität einer Erkrankung durch die Omikronvariante liegt bei 0,06% und so unterhalb derjenigen der Influenza (0,1-0,4%) (2).

Mit Blick auf die Nachhaltigkeit der derzeitigen mRNA-Impfungen mit einer Halbwertszeit von ca. 5-6 Monaten (bei Omikron wahrscheinlich 3-4 Monate) (1) ist allen Experten klar, dass mit ihnen keine Herdenimmunität, geschweige denn eine Ausrottung des SARS-CoV-2 erreicht werden kann. Die Herdenimmunität kann so nicht Ziel der Impfstrategie sein.

Eine Impf-Sterilität verhindert bei Reinfektion die für eine hohe Ausscheidung erforderliche Virus-Replikation. Die durch mRNA-Impfstoffe gewonnene Sterilität gegenüber der Omikron-Variante liegt derzeit jedoch auch bei geboosterten Personen bei nur ca. 15 % Risikoreduktion gegenüber nicht Geimpften, während sie bei der  $\alpha$ - bis  $\delta$ -Variante noch zwischen 60 bis 80% lag (3). So weisen auch Bundesländer wie Bremen trotz höchster Impfquoten bei der Omikronvariante die höchsten Inzidenzwerte auf.

### Von der Pandemie zur Endemie

Ein Übergang von der Pandemie zur Endemie ist nur durch eine Attenuierung des SARS-CoV-2 mit Ausbildung einer natürlichen Herdenimmunität zu erreichen. Diese seit fast zwei Jahren von der Integrativen Medizin vertretene Auffassung wird nun auch von Prof. Dr. Christian Drosten geteilt: *„Es gibt keine Alternative dazu, dass sich früher oder später alle Menschen mit SARS-CoV-2 infizieren. Man könne nicht auf Dauer alle paar Monate über eine Boosterimpfung den Immunschutz der ganzen Bevölkerung erhalten. Das muss das Virus machen. Die abgeschwächte Variante auf Grundlage der Impfungen ist so etwas wie der fahrende Zug, auf den man irgendwann*

*aufspringen muss. Deutschland ist jetzt in dem Prozess, die Pandemie für beendet zu erklären und die endemische Phase ausrufen zu können“ (4).*

#### **Wir brauchen eine risikostratifizierte, präzierte Vorgehensweise:**

Ihr Ziel muss sein, die Entwicklung einer Herdenimmunität durch die Omikronvariante in der Nicht-Risiko-Bevölkerung zuzulassen, solange noch ein Impfschutz in der risikobehafteten Bevölkerung besteht. Denn auf dem Weg von der Pan- in die Endemie stellt die Vermeidung schwerer und tödlicher COVID-19-Erkrankungen die vordringlichste Aufgabe dar. Damit soll auch weiterhin eine Überlastung des Gesundheitssystems vermieden werden.

Es ist davon auszugehen, dass eine Intensivierung der nicht hinreichend nachhaltigen Impfungen von Kindern und Jugendlichen den natürlichen Aufbau der Herdenimmunität zeitlich weiter verzögert und so den Übergang von der Pan- zur Endemie verschleppt.

Denn bei Kindern nimmt die COVID-19-Erkrankung, zumal durch die Omikron-Variante, in aller Regel einen milden Verlauf; in Deutschland ist es bisher zu keinem kindlichen Todesfall durch SARS-CoV-2 und die in Deutschland sehr selten aufgetretene Komplikation der PIMS kann sicher und gut behandelt werden (5).

Die STIKO sprach sich deshalb schon bei der  $\delta$ -Variante aufgrund der Nutzen-Risiko-Abwägung für eine Impfeempfehlung von risikobehafteten Kindern, jedoch gegen eine allgemeine Impfung dieser Altersgruppe aus.

#### **Eine allgemeine Impfpflicht ist keine Hilfe auf dem Weg aus der Pan- in die Endemie:**

- Sie ist anhand der wissenschaftlichen und empirisch-klinischen Faktenlage bezüglich der jetzt dominierenden Omikronvariante nicht angemessen, denn:
  - ihre Letalität liegt gegenüber den vorhergehenden  $\delta$ -Variante 11-fach niedriger (0,06%; (2)) und damit weit unter der einer stärkeren Influenzaepidemie (0,1-0,4 %).
  - die verfügbaren Impfstoffe sind bei der Halbwertszeit ihrer Wirkung von ca. 4-6 Monaten (1) weder nachhaltig noch bieten sie bei nur 15% Risikoreduktion ausreichenden Infektionsschutz oder die Chance auf eine Herdenimmunität.
- Weltweit zeigt sich, dass eine Impfpflicht in demokratischen Ländern zu keiner wesentlichen Erhöhung der Impfquoten geführt hat (6).
- Eine Impfpflicht führt jedoch zu vermehrtem Widerstand und einem sogenannten ‚Gaming‘.

Bemühungen zur Erhöhung der Impfquote sollten daher risikostratifiziert und gezielt aufsuchend durchgeführt werden (7). Eine Debatte zu einer Impfpflicht sollte evidenzbasiert erfolgen (8).

**Die im Januar 2022 mit Wirkung zum 15.3.2022 eingeführte einrichtungsbezogene Impfpflicht für medizinisches Personal** wurde vor dem Hintergrund der pandemischen Datenlage zur  $\delta$ -Variante im November und Dezember 2021 entwickelt, **verfehlt aber unter Omikron ihr erklärtes Ziel, vor Infektionsübertragung zu schützen:**

- Bei nur ca. 15% Infektionsreduktion geboosterter gegenüber nicht geimpften Personen verhindert diese Impfpflicht die Infektübertragungen durch medizinisches Personal kaum.
- Jede Schnelltestung ist diesbezüglich 6-fach sicherer.

- Bei einer Durchbruchinfektion ist die Viruslast annähernd gleich hoch zu nicht Geimpften, die Virusausscheidung wird nur um 2,5 Tage verkürzt.
- In 86,4 % der Neuinfektionen mit der Omikronvariante in Deutschland sind geimpfte und geboosterte Personen betroffen (9, 10).

Die einrichtungsbezogene Impfpflicht führt auch zu einer weiteren Reduktion der verfügbaren Pflegekräfte in Deutschland und verschärft damit den Pflegenotstand.

Eine kritische Auseinandersetzung mit den unerwünschten Wirkungen (UAW) und Langzeitfolgen der Impfungen wird erst nach dem Abklingen der Pandemie erfolgen können; die an das PEI gemeldeten Impfkomplicationen lassen derzeit ein im Vergleich zu Real World Data Studien (z.B. Impfsurv-Studie) hohes Underreporting vermuten.

## **Lösungen schaffen, nicht Spannung aufbauen**

Die 2 G<sup>+</sup> Regelung, welche zur Steigerung des Boosteranreizes geboosterte Personen von Testungen ausnimmt, ist wissenschaftlich nicht begründbar. Sie ist ein Affront gegenüber ungeimpften und ungeboosterten Personen und erhöht die gesellschaftlichen wie sozialen Spannungen, ohne einer Exitstrategie dienlich zu sein.

## **Literatur**

1. Nordstrom P, Ballin M, Nordstrom A. Effectiveness of heterologous ChAdOx1 nCoV-19 and mRNA prime-boost vaccination against symptomatic Covid-19 infection in Sweden: A nationwide cohort study. *Lancet Reg Health Eur.* 2021;100249.
2. Dyer O. Covid-19: Unvaccinated face 11 times risk of death from delta variant, CDC data show. *British Medical Journal Publishing Group*; 2021.
3. Lipsitch M, Dean NE. Understanding COVID-19 vaccine efficacy. *Science.* 2020;370(6518):763-5.
4. Drosten C.: Wir werden wieder so leben wie vor der Pandemie - Omikron ist eine Chance. *Der Tagesspiegel.* 2022;78(24777):1-3.
5. Zepp F, Knuf M. „Coronavirus disease 2019 (COVID-19)“im Kindes-und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde.* 2021;169(11):1010-33.
6. Lenzen-Schulte M. Pädiatrische Impfprogramme: Impfpflicht ist kein Kinderspiel. *Dtsch Arztebl International.* 2021;118(51-52):2450-.
7. Betsch C, Sprengholz P, Schmid P, Korn L, Eitze S, Ochel P, et al. Einführung einer Impfpflicht: Eine politische Entscheidung. *Dtsch Arztebl International.* 2021;118(49):2312-.
8. Böhm R, Betsch C. Impfdebatte: Ablehnung der Impfpflicht ist keine Ablehnung des Impfens. *Dtsch Arztebl International.* 2019;116(29-30):-21-.
9. RKI. Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19). Berlin: Robert Koch Institut; 2022 13.01.2022.
10. RKI. Tägliche Übersicht zu Omikron-Fällen vom 14. Januar 2022. Berlin: Robert Koch Institut; 2022 14.1.2022.