



Stellungnahme der Gesellschaft für Virologie (GfV) zu öffentlichen Aussagen in der Enquete-Kommission 8/1 des Landtags Brandenburg (07.11.2025)

Die Gesellschaft für Virologie (GfV) begrüßt und unterstützt die derzeit laufenden Prozesse der parlamentarischen Aufarbeitung der COVID-19 Pandemie. Allerdings nehmen wir mit großer Sorge zur Kenntnis, dass im Rahmen der parlamentarischen Aufarbeitung wissenschaftlich nicht tragbare Behauptungen aufgestellt werden. So enthält eine öffentliche Aussage in der Enquete-Kommission 8/1 des Landtags Brandenburg einige wissenschaftlich unzutreffende, irreführende oder bereits widerlegte Darstellungen zu zentralen epidemiologischen, infektiologischen und immunologischen Sachverhalten.

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft möchte die GfV daher wie folgt klarstellen:

1. Epidemiologie und Falldefinitionen

Falldefinitionen dienen der standardisierten Krankheitserfassung. Die vom Robert Koch-Institut verwendete **Falldefinition für COVID-19 war aus medizinischer Sicht richtig** und entsprach dem internationalen Sachstand, damals und auch rückblickend.

Die Aussage, es habe in Deutschland keine Datengrundlage zur Ermittlung bevölkerungsbezogener COVID-19-Inzidenzen gegeben, ist sachlich falsch. Deutschland verfügte über ein umfassendes Meldewesen, das man vielleicht in einigen Teilaspekten kritisieren kann, welches es jedoch durchaus ermöglicht hat, das Infektionsgeschehen korrekt zu erfassen und **in keiner Weise zu bedenklichen Fehlinformationen der Öffentlichkeit oder der Politik** führte.

Die bei der Krankheitsüberwachung grundsätzlich auftretende Problemstellung, dass eine Testung immer nur eine Stichprobe der Bevölkerung darstellt und es durch symptom- oder regulationsbasierte Testung zu systematischen Abweichungen der Meldeinzidenz gegenüber dem tatsächlichen Infektionsgeschehen in der Bevölkerung kommt, stellt eine bekannte und nicht nur auf COVID-19 zutreffende Problematik dar, die in der Bewertung der epidemiologischen Lageentwicklung berücksichtigt wurde. Während der Pandemie wurde dieser Zusammenhang immer wieder öffentlich erläutert.

Die Inzidenzeinschätzungen wurden zudem durch Mortalitätsstatistiken, Hospitalisierungsdaten und populationsbasierte Studien ergänzt. Hierdurch erfolgt eine zusätzliche Plausibilitätsüberprüfung. Die Datenquellen wurden während der Pandemie durch das Robert Koch-Institut, die Gesundheitsbehörden der Länder und zahlreiche Partner in der medizinischen Versorgung (Krankenhäuser, Krankenversicherungen, Kassenärztliche Organisationen) stetig verbessert und ergänzt. Orientierungswerte zu bevölkerungsweiten Dunkelziffern wurden im Laufe der Pandemie durch gezielte Stichprobenstudien erhoben. Es ist jedoch in diesem Prozess der stetigen Qualitätsverbesserung und Plausibilitätsüberprüfung zu keinem Zeitpunkt vorgekommen, dass zuvor bestehende Informationsstände in relevanter Weise korrigiert oder neu interpretiert werden mussten. **Insgesamt bestand in Deutschland nach unserer Bewertung eine zuverlässige Krankheitsüberwachung.**



2. Inzidenz, Teststrategien und Gesundheitsbehörden

Die Darstellung, Testhäufigkeit „bestimme“ die Inzidenz oder diese sei das „einzige“ Kriterium für das Handeln der Regierung gewesen, ist sachlich nicht korrekt. Labore und Gesundheitsbehörden kontrollieren die PCR-Testung nicht nur bei jedem einzelnen Testdurchlauf, sondern überwachen auch die Plausibilität auf bevölkerungsweiter Ebene über längere Zeiträume. Auch die Behauptung, deutsche Gesundheitsbehörden hätten keine Kenntnis über die Krankheitslast in der Bevölkerung gehabt, ist irreführend und ignoriert die umfangreiche Datenlage, wie sie u.a. RKI, DIVI-Intensivregister, statistische Landesämter und nationale Kohortenstudien bereitstellen.

Die PCR-Testintensität in Deutschland lag in der Kernzeit der Pandemie (bis zum Aufkommen der Omikron-Varianten) in einem Korridor von knapp 1 - 3 Tests pro 1000 Einwohner pro Tag. Trotz dieser sehr konstanten Testintensität entwickelte sich der Positivanteil der PCR-Tests entsprechend der Inzidenzwellen zwischen 0 und knapp 15%. In den ersten beiden Omikronwellen lag die Testintensität bei ca. 3 - 4,5 Tests / 1000 Einwohner / Tag, der Positivanteil bei ca. 30 - 70%. Die Zahl der positiven PCR-Ergebnisse war somit keineswegs proportional zur Testhäufigkeit, sondern bildete die Inzidenz der Infektion ab, die sich in Hospitalisierungswellen bestätigten. Krankenhausaufnahmen erfolgten dabei nicht auf Grund positiver PCR-Ergebnisse, sondern alleine auf Grund des Vorliegens von Krankheitssymptomen.

3. Falsche oder irreführende Darstellungen zu COVID-19 und Influenza

COVID-19 wies in der Frühphase der Pandemie, d.h. vor Verfügbarkeit der Impfung, im Vergleich zur saisonalen Influenza eine wesentlich höhere Sterblichkeit bei Infizierten als auch eine wesentlich höhere Übertragbarkeit als die saisonale Influenza auf. **Irreführende Vergleiche, die über bloße Unterschiede in der Sterblichkeit bei Infizierten argumentieren, ignorieren den wesentlichen Unterschied beider Erkrankungen hinsichtlich der Zahl von Infizierten bei unkontrollierter Verbreitung.**

Die Bevölkerungssimmunität gegen die saisonale Influenza führt zu einem Ende der winterlichen Verbreitung nach einigen Wochen. Hierbei durchläuft die Fallzahl in der Bevölkerung eine nur begrenzte Zahl von Verdopplungen. Die Begrenzung erfolgt durch die vorbestehende Bevölkerungssimmunität, unterstützt durch den Übergang in die wärmere Jahreszeit. Je nach Schwere der jeweiligen Influenza-Saison ist die Zahl der Verdopplungen unterschiedlich, liegt aber meist zwischen 4 und 7 Verdopplungen.

Stark unterschiedlich stellte sich die Lage in der frühen Phase der COVID-19-Pandemie dar. Durch die fehlende Bevölkerungssimmunität zu Beginn der Pandemie hätte sich die Zahl von Neuinfektionen (Inzidenz) erheblich schneller und häufiger verdoppelt, bevor die Infektionsverbreitung durch den Aufbau von zumindest vorübergehender Immunität verlangsamt worden wäre. Ohne Gegenmaßnahmen hätte dies alleine in Deutschland zu einer zweistelligen Millionenzahl von Infektionsfällen in der ersten Jahreshälfte 2020 führen können. Dass dies nicht passiert ist, ist der nachhaltigen Kontaktreduktion in der Bevölkerung zu verdanken, die in allen Industrieländern durch regulative Maßnahmen und spontane Verhaltensänderungen eingetreten ist.

Auch die Darstellung einer raschen Infektionsverbreitung („Durchseuchungsstrategie“) als rückblickend wünschenswert widerspricht der wissenschaftlichen Evidenz. Industrieländer, die in der Frühphase der Pandemie zunächst eine Infektionsverbreitung zuließen, hatten eine erheblich höhere



Krankheitslast und Mortalität v.a. älterer Menschen. Unter dem Eindruck der überwältigenden Krankheitslast mussten diese Länder dennoch nach einiger Zeit Maßnahmen zur Infektionskontrolle ergreifen oder die Bevölkerung schränkte den Kontakt von selbst ein.

4. Impfungen, Immunologie und virologische Grundlagen

Mehrere in der Anhörung getätigte Aussagen zu den COVID-19-Impfungen sind fachlich bzw. wissenschaftlich inkorrekt. **Die Darstellung des Spike-Proteins von SARS-CoV-2 als ungeeignetes Impfantigen ist wissenschaftlich nicht haltbar.** Dies betrifft auch die Behauptungen, Oberflächenantigen-Impfstoffe seien grundsätzlich „unterlegen“, oder Hepatitis-B-, und Polio-Impfstoffe seien nicht geeignet. Für alle diese Impfstoffe sind die Immunogenität sowie vor allem ihr deutlicher Effekt auf die Krankheitsreduktion im Vergleich zu Placebo in großen klinischen Studien klar belegt.

Ebenso unzutreffend ist die Aussage, dass das PEI keine Daten zu Impfnebenwirkungen liefere. Nicht nur vom PEI, sondern auch von europäischen und internationalen Behörden werden **öffentlich einsehbare Datenbanken zu potenziellen Nebenwirkungen von Impfstoffen** sowie von anderen Arzneimitteln geführt.

Falsch ist außerdem die Behauptung, intramuskulär verabreichte Impfstoffe böten keinen Übertragungs- oder Fremdschutz. Studien zu z.B. Masern- oder Polio-, als auch COVID-19-Impfstoffen widerlegen das eindeutig. Allerdings hat der Übertragungs- bzw. Fremdschutz durch die COVID-19-Impfstoffe zwei Limitationen: 1. Die Immunität gegen Atemwegserreger hält meist nur 12-24 Monate an; deshalb gibt es ja die jährlichen Infektionswellen. 2. Das SARS-CoV-2 hat sich über die Zeit verändert, und es haben sich wesentlich ansteckendere Varianten wie z.B. die Omikron-Varianten entwickelt, die sich den durch Impfung oder Infektion induzierten Antikörpern entziehen konnten. Auch wenn der Fremdschutz der COVID-19-Impfungen nach einigen Monaten nachgelassen hat, hat die Reduktion der Übertragungsrate bei Geimpften die Virusbreitung in der Bevölkerung beträchtlich verlangsamt und uns so wertvolle Zeit verschafft, um den Anteil der Geimpften in der Bevölkerung zu erhöhen und damit die Krankheitslast in den Griff zu bekommen.

5. Herdenimmunität, Mutanten und Krankheitslast

Die Behauptung, SARS-CoV-2-Varianten seien „nicht hinsichtlich ihres Krankheitswerts untersucht“ worden, ist unzutreffend. Deutschland und internationale Partner haben kontinuierlich klinische, virologische und epidemiologische Daten zu den Virus-Varianten erhoben. Ebenso ist die Aussage, Herdenimmunität durch Impfung sei grundsätzlich unmöglich, unzutreffend. Auch wenn kein Impfstoff jede Infektion verhindert, können Impfungen doch Übertragungen, Krankheitslast, schwere Verläufe und Mortalität signifikant reduzieren. Für COVID-19-Impfstoffe ist klar belegt, dass Geimpfte, die trotz Impfung eine SARS-CoV-2-Infektion durchmachen, seltener schwer erkranken und selbst die Omikron-Variante seltener an Kontaktpersonen weitergeben als Ungeimpfte, die sich infiziert haben. Auch wenn dieser Fremdschutz nach einigen Monaten nachlässt, kann diese Reduktion in der Übertragungsrate bei Geimpften die Virusbreitung in der Bevölkerung beträchtlich verlangsamen und so wertvolle Zeit verschaffen, um den Anteil Geimpfter in der Bevölkerung zu erhöhen. Da der Impfschutz vor schwerer Erkrankung länger anhält als der Schutz vor Infektion bauen Geimpfte durch leicht verlaufende SARS-CoV-2 Infektionen früher oder später auch eine temporäre Schleimhautimmunität auf, allerdings ohne dabei dem erhöhten Risiko eines schweren Verlaufs ausgesetzt zu sein.



Der geeignetste Weg zu einer Bevölkerungsimmunität gegen SARS-CoV-2 bestand daher durch Impfungen zunächst schwere Verläufe und damit die Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern, Zeit für Impfungen eines großen Teils der Bevölkerung zu gewinnen und danach durch leicht verlaufende Durchbruchinfektionen auch eine Schleimhautimmunität aufzubauen. Das ermöglichte es dann, weitere Auffrischimpfungen auf besonders vulnerable Personen zu fokussieren.

Die GfV gibt zu bedenken, dass irreführende und nicht wissenschaftlich belegte Aussagen zu wissenschaftlichen Problemstellungen zur Verunsicherung der Öffentlichkeit beitragen und eine sachliche, wissenschaftsbasierte Aufarbeitung der COVID-19-Pandemie erschweren. Eine kritische rückblickende Betrachtung als Vorbereitung auf zukünftige Pandemien hält die GfV für notwendig und verweist diesbezüglich auf die [Stellungnahme](#) „Fünf Jahre COVID-19: Anmerkungen der Gesellschaft für Virologie zur Aufarbeitung der COVID-19 Pandemie in Deutschland“ vom 27.03.2025.

Die GfV setzt sich für eine faktenbasierte Aufklärung der Bevölkerung und Diskussion ein. Sie stellt Entscheidungsträgern jederzeit ihre wissenschaftliche Expertise zur Verfügung.