

MDR Aktuell – Kekulé's Corona-Kompass

Dienstag, 17. Januar 2023

#338

Jan Kröger, Moderator

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Alexander S. Kekulé, Experte

Professor für Medizinische Mikrobiologie
Virologie an der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg sowie Direktor des Instituts
für Biologische Sicherheitsforschung in Halle

Links zur Sendung:

Preprint: **Wie „ACE 2-Köder“ gegen Omikron-Subvarianten wirken (2.1.2023)**

<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.12.29.522275v1.full.pdf>

Dienstag, 17. Januar 2023

- Heute: Bald fällt die Maskenpflicht bundesweit in Bussen und Bahnen, dann gilt sie nur noch in medizinischen Einrichtungen. Wie sinnvoll ist das?
- Dann: RKI-Präsident Wieler legt das Amt nieder. Eine kurze Bilanz und ein Ausblick auf politische Forderungen.
- Außerdem: Neue Studien zu einer Medikamentengruppe. Ist der Ansatz mit ACE-2-Ködern vielversprechend?

Jan Kröger

Wir wollen Orientierung geben. Ich bin Jan Kröger, Reporter und Moderator beim Nachrichtenradio MDR aktuell. Jeden Dienstag haben wir einen Blick auf die aktuellen Entwicklungen rund um das Coronavirus und wir beantworten Ihre Fragen. Das tun wir mit dem Virologen und Epidemiologen Professor Alexander Kekulé. Hallo, Herr Kekulé!

Alexander Kekulé

Guten Tag, Herr Kröger!

Jan Kröger

Herr Kekulé. Die letzte Maskenpflicht im öffentlichen Raum, die in Bus und Bahn nämlich, die wird nun auch Anfang Februar, früher als gedacht, bundesweit nicht mehr gelten, spricht auch nicht mehr im Fernverkehr, im Intercity und im ICE. Richtig so?

Alexander Kekulé

Sofern die Infektionswelle so zurückgeht, wie wir es im Moment beobachten, also wenn sich das nicht verändert, bis Anfang Februar, glaube ich, ist das die richtige Entscheidung. Man muss ja immer unterscheiden zwischen dem, was der Staat im Sinne seiner Fürsorgepflicht anordnet und dem, was man vielleicht als Arzt, Mediziner oder Podcaster den Menschen empfiehlt. Und bei der Anordnung, glaube ich, ist das Ende der Fahnenstange erreicht. Das ist im Moment so, dass keine Prognose dafür spricht, dass wir das die nächsten Monate brauchen werden. Wenn irgendwie eine neue Omikron-Variante oder eine ganz andere Variante kommt, die uns wieder plagt, dann muss man halt noch einmal über eine Neueinführung nachdenken. Aber ich glaube, das ist auch ein Stück weit Glaubwürdigkeit der Politik, wenn sie vorher gesagt hat: Das war hier dringend notwendig, aus denen und den Gründen, dass man jetzt, wenn diese harten Gründe offensichtlich weg sind, auch sagt, die Maskenpflicht fällt wieder.

Jan Kröger

Sie haben es schon selber gesagt, als Virologe würden sie etwas anderes empfehlen. Wie lautet denn ihre Empfehlung, wenn es schon keine Pflicht mehr gibt?

Alexander Kekulé

Ich kann da ganz egoistisch sagen, also wenn ich in der Bahn sitze, in Deutschland, also längere Zeit irgendwo reise, dann habe ich definitiv eine Maske auf. Und ich bin jetzt nicht besonders paranoid, was eine Sars-CoV-2-Infektion betrifft. Er habe auch persönlich keine besonderen Risiken, außer dass ich irgendwie auf die 65 zusteuere. Und so ähnlich würde ich das anderen auch raten. Das ist halt einfach nicht so lustig, diese Krankheit zu bekommen. Da ist man dann so ähnlich wie bei einer Grippe eine Woche krank, wenn es blöd läuft zwei Wochen. Und wenn es ganz dumm läuft, hat man halt langsame Heilung. Also so was wie Long-Covid. Das muss man ja immer ein bisschen mit Vorsicht genießen, ab wann es dann Long-Covid ist. Man steckt unter Umständen andere an. Und das Ganze, wenn ich mal so salopp sagen darf, nervt einfach. Und deshalb ist es nicht schlecht, eine Maske zu haben, in Zeiten, wo man eine hohe Inzidenz hat, einfach die

Wahrscheinlichkeit hoch ist, sich das z. B. in der Straßenbahn zu holen, wenn sie überfüllt ist oder eben in der Bahn oder eben auch bei Fernreisen mit dem Flugzeug.

Jan Kröger

Und da wir schon gerade bei diesen ganzen Bereichen sind, wo ja über die letzten Jahre immer mal wieder Maskenpflichten geherrscht haben: Wo würden Sie noch eine Maske empfehlen, zurzeit?

Alexander Kekulé

Also so für die Allgemeinbevölkerung, glaube ich, reicht das. Es ist ganz klar, dass es einzelne Menschen gibt, die ein hohes Risiko haben. Die wissen es aber auch. Die haben meistens eine medizinische Grunderkrankung, die mit dem Arzt ja auch in einer Behandlung steht und ähnliches. Und die wissen dann natürlich, dass sie sich selbst schützen müssen. Da geht es dann darum, wirklich eine FFP2-Maske sicher zu tragen, immer dann, wenn man im geschlossenen Raum ist, mit Fremden zusammen und vor allem, wenn es mehrere Personen sind, die Belüftung schlecht ist, würde ich das tatsächlich weiterhin empfehlen. Das könnte sogar eine Empfehlung bleiben, auch für die Zeiten, wo wir vielleicht gar kein Sars-CoV-2 mehr als großes Problem haben, weil auch eine Grippe ja für diesen gleichen Personenkreis – das sind ja die gleichen Risikopersonen – natürlich tödlich enden kann und auch die Gripeschutzimpfungen keinen hundertprozentigen Schutz geben

Jan Kröger

Die gesetzliche Grundlage dafür, dass eben noch bis zum 2. Februar im Fernverkehr die Maskenpflicht gilt, das ist ja das Infektionsschutzgesetz, das bundesweite. Und in dem verbleiben danach eben noch bis zum 7. April die Maskenpflicht im Gesundheitswesen. Aber auch da ist eine Debatte im Gange. Der Präsident der Bundesärztekammer, Klaus Reinhardt, hat sich dazu geäußert, heute. Ich zitiere mal aus der Welt: *„Wir brauchen in medizinischen Einrichtungen keine generelle gesetzliche Maskenpflicht mehr. Nicht jede Einrichtung hat mit Hochrisikopatienten zu tun. Die Situation z. B. beim Psychotherapeuten ist eine ganz andere als bei einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt oder in einer Infektsprechstunde.“*

Der richtige Zeitpunkt, jetzt dieses Thema anzugehen?

Alexander Kekulé

Also wenn ich das jetzt politisch sehe, wie gesagt, virologisch, gibt es viele Gründe, die für die Maske sprechen, aber politisch ist es ja so: Der Staat ordnet hier etwas an, was quasi zwangsweise gilt. Und da muss man doch immer überlegen, wann macht man das? Wann braucht man Regeln? Ganz grundsätzlich. Und ich sag mal so, in diesem Bereich gilt doch, wir brauchen dann eine Regel, wenn sonst die Unvernunft herrschen würde. Das würde ich jetzt für eine Arztpraxis z. B. nicht so sehen. Es ist ja so, dass Ärzte professionell ausgebildet sind. Sie wissen, was Infektionskrankheiten sind. Sie wissen, welcher Patient besonders gefährdet ist, und sie müssen ständig im Alltag solche Entscheidungen treffen. Es gibt ja auch andere Infektionskrankheiten, die der eine oder andere mitbringt und nicht auf andere Patienten übertragen soll. Also daher meine ich, dass man das den Ärzten selbst überlassen sollte. Die haben ja in der Pandemie auch viel gelernt. Und wenn dann ein Arzt sagt okay, vielleicht bei diesen und jenen Patienten, vielleicht an bestimmten Wochentagen oder auch generell, weil man eben ganz viele, sage ich mal HIV-Patienten z. B. behandelt, will ich in meiner Praxis die Maskenpflicht, dann soll er das machen. Und wenn er, wie Sie es gesagt haben, was weiß ich, Orthopäde ist, mit lauter jungen Sportlern oder Ähnlichem, dann braucht er das eben nicht. Es gibt ja kaum eine Berufsgruppe, die das besser selbst entscheiden könnte, als die Ärzte und die müssen, wie gesagt, auch anderen Regeln folgen. Ich habe den Eindruck, dass dieses Verbleiben der Maskenpflicht jetzt in bestimmten medizinischen Bereichen... also eine Lauterbach-Dividende. Man will halt nicht den kompletten Rückzug machen, sondern irgendetwas muss noch bleiben. Aber ich glaube, es wäre auch politisch irgendwie einfacher, jetzt zu sagen, Schluss damit, wenn man schon so ein Datum nennt. Und dann ist es allgemein erst mal vorbei.

Jan Kröger

Klaus Reinhardt sagte dann z. B. auch in einem späteren Zeitpunkt des Interviews: *„Menschen, die gesundheitlich besonders gefährdet sind, sollten eigenverantwortlich eine*

Maske aufsetzen oder mit dem Arzt vereinbaren, dass sie zu Randzeiten der Sprechstunde vorbeikommen.“

Das wiederum empfand ich jetzt einfach mal auch als etwas gemein, für jemanden, der ja nun eigentlich auch nichts dafür kann, dass er im Risiko ist.

Alexander Kekulé

Naja, da bezieht er sich wahrscheinlich auf die normale Organisation von Arztpraxen. Also z. B. beim Zahnarzt, ist es Standard, dass er, wenn er weiß, er hat einen Patienten, der eine Hepatitis hat, die möglicherweise ansteckend wäre, über Blut, dass er den dann abends als Letzten behandelt, weil die Geräte danach komplett autoklaviert, also sterilisiert werden. Ähnliches gibt es, wenn sie irgendwo zur Endoskopie gehen, z. B. auch. Und deshalb ist es nicht unüblich, dass Ärzte Patienten, die möglicherweise ansteckend sind, oder auch Patienten, die Hochrisikopatienten sind, zu den Randzeiten der Sprechstunden einbestellen. Zumindest ist so die Empfehlung. Ganz ehrlich gesagt, ob das immer umgesetzt wird, in allen Praxen, weiß ich nicht. Aber daran sehen Sie schon, das ist ein normales Geschäft für einen Arzt, solche Managemententscheidungen zu treffen und deshalb finde ich, das kann man... Wenn man es den Ärzten nicht überlassen kann, wem dann? Und wie gesagt, ich finde, der Staat muss eingreifen, wenn er befürchtet, dass man sonst unvernünftig ist. Ja, wenn man jetzt die Meinung hätte, das in einem, was weiß ich, Fitnesscenter, die Maskenpflicht erforderlich ist, das hatten wir ja auch schon, dann muss man die natürlich anordnen, weil man da nicht davon ausgehen kann, dass die ganzen Trainer, oder sonst wer, der zuständig ist, irgendwie das Know-how haben, das im Einzelfall zu entscheiden. Aber bei den Arztpraxen, meine ich, kann an der Stelle Schluss sein. Es ist ja auch auf der anderen Seite so: Für viele Dinge in der Medizin, ist es gut, wenn man das Gesicht des Arztes sieht, auch das Gesicht des Patienten. Das hat ja auch viel mit Vertrauen und mit persönlicher Kommunikation zu tun. Und da sollte der Arzt schon entscheiden können, zusammen mit dem Patienten natürlich, ob er eine Maske haben will oder nicht.

09:01

Jan Kröger

Dann machen wir an dieser Stelle mal einen kleinen Schnitt, vom aktuellen Geschehen. Jetzt drängt sich eine Art Rückblick auf die letzten drei Jahre Pandemie-Politik auf. Ja, es geht um einen Mann, den Virologen und andere Experten, wie Sie natürlich schon lange kennen, aber der der breiten Öffentlichkeit in Deutschland vielleicht zum ersten Mal Ende Januar 2020 so ganz bewusst bekannt geworden ist. Der RKI Präsident Lothar Wieler. Damals nämlich, als beim bayerischen Automobilzulieferer Webasto die ersten Mitarbeiter positiv getestet wurden, auf – damals sagte man immer das neuartige Coronavirus und da hat sich Lothar Wieler damals folgendermaßen geäußert: *„Wie schützen sich nun Menschen vor diesem Virus, und Sie wissen es gibt keine Therapie, und es gibt auch keinen Impfstoff. Aber dieses Virus, davor kann man sich genauso schützen, wie man sich vor einem Grippevirus schützt. Das heißt also, wir reden davon, dass man eine gewisse Hygiene-Etikette hat. Jeder, der es noch nicht tut, möge sich, wenn er niest, in die Armbeuge niesen und nicht in die Hand. Wenn Menschen in einer Umgebung sind, wo andere Menschen krank sind und eine grippeähnliche Symptome haben, soll man sich natürlich möglichst mindestens einen Meter von diesen Menschen entfernen. Und das sind die wesentlichen Maßnahmen, die entsprechend wirklich denselben Maßnahmen, wie sie auch in der Grippe jedes Jahr empfohlen werden. Und wir hoffen tatsächlich, dass die Hygienemaßnahmen jetzt auch dazu führen, dass wir insgesamt weniger Grippefälle haben.“*

Ja, ich habe dieses Statement rausgesucht, einfach, um mal einzusteigen in einer Art Bilanz der letzten drei prägenden Jahre sozusagen, der Amtszeit von Lothar Wieler. Was mir an diesem Statement aufgefallen ist: Dieser Zusammenhang, dieser direkte Zusammenhang zwischen Coronavirus und Grippe, der ja später doch durchaus in Verruf geraten ist, auch aus guten Gründen, der war von Anfang an da. Was ist Ihnen denn aufgefallen an diesem alten Statement?

Alexander Kekulé

Naja, da gibt es ja viele. Also es ist immer ein bisschen gemein, jemanden nach drei Jahren

danach zu beurteilen, wie er ganz am Anfang voll danebengelegt hat. Aber man muss sagen, Lothar Wieler lag am Anfang voll daneben. Was Sie gerade da rausgeholt haben, war ja noch gar nicht das, sage ich mal, Schlimmste in dem Zusammenhang, weil hier hat es ja schon die Fälle in Deutschland gegeben. Vorher hat er ja explizit gesagt, er macht sich mehr Sorge um die Grippe, als über Corona. Er hat wörtlich gesagt, er geht davon aus, dass sich von der Prognose her, das Corona Virus nicht sehr stark in der Welt ausbreitet. Achtung, ich sage noch mal, wir gehen davon aus, dass sich das Virus nicht sehr stark auf der Welt ausbreitet, hat er damals gesagt. Und zwar nicht zu einem Zeitpunkt, wo alle anderen auch im Mustopf waren, sondern wo Kollegen von ihm – das kann ich ja sagen, dass ich da sein öffentlicher Gegenspieler war, in gewisser Weise – sehr lautstark davor gewarnt haben, dass das Virus sich nicht nur ausbreitet, sondern auch nach Europa kommt. Das war am Anfang. Hat man auch an vielen anderen Dingen erkannt, da lag er falsch. Das ist auch nicht seine Spezialität. Herr Wieler ist ja als Tierarzt, muss man der Stelle sagen, weder Virologe noch Epidemiologe gewesen und am Anfang, er R null und R durcheinander gebracht hat, das war ja auch quasi schon historisch. Historisch lustig. Aber wissen Sie, Hans-Dietrich Genscher, der später als einer der wichtigsten Außenminister und auch am längsten amtierenden Außenminister in die Geschichte eingegangen ist, über den haben sich am Anfang auch alle lustig gemacht, weil er kein Englisch konnte. Das ist bei solchen Ämtern so. Wenn Sie da der Chef von so einer Riesenbehörde sind, wo steht denn geschrieben, dass sie da überall sich mit allem auskennen können? Und es spricht absolut nichts dagegen, dass ein guter Manager der Erfahrung in irgendeinem Bereich der Medizin im weiteren Sinne hat und eine Fähigkeit, schnell zu lernen, dass der so eine Position wie beim RKI ausfüllt. Und deshalb würde ich es nicht Herrn Wieler persönlich anlasten. Es ist einfach von der Sache her so gewesen, dass das Robert-Koch-Institut als Einrichtung dann, in der ganzen Pandemie einfach, wie man so im Management sagen würde, underperformed hat. Also es war deutlich schlechter, als man es minimal erwarten würde. Da kann ich jetzt, weil ich auch zu wenig Einblicke habe, nicht sagen, ob

das an den Managementqualitäten von Herrn Wieler, an Problemen mit der darüber liegenden Bundeseinrichtung im Gesundheitsministerium lag, oder an Strukturen, die einfach unauflösbar waren, im RKI, oder an den Beratern des RKI, muss man ja auch sagen. Also es ist ja bekannt, dass Christian Drosten dann reingeholt wurde, weil man gedacht hat, wir haben niemanden im Haus, der sich auskennt. Übrigens auch einer der wichtigsten Epidemiologen ist blöderweise kurz vor der Pandemie da weggegangen vom RKI und hat nach Niedersachsen gewechselt. Und deshalb waren die so ein bisschen mau an der Stelle, als dann ausgerechnet so ein Coronavirus daherkam. Und Christian Drosten hat damals ja genauso gesagt, es ist zu früh, Alarm zu schlagen. Wörtlich. Im Fernsehen hat er gesagt, es ist zu früh, Alarm zu schlagen. Am gleichen Tag, wo ich morgens Alarm geschlagen hatte, im Morgenmagazin und dadurch war es dann halt... Und die waren ja auch nicht ganz alleine. Ja, dann hat dann eben die WHO, die Weltgesundheitsorganisation, hat sich getroffen, überlegt, ob sie den internationalen Gesundheitsnotfall ausruft und hat dann aus politischen Gründen, wie man inzwischen weiß, oder wie Fachleute damals sofort wussten, Rücksicht auf die chinesischen Vertreter genommen und gesagt: Wir warten da jetzt noch einmal mit, weil die Chinesen beteuert haben, dass sie die Daten jetzt liefern, hat man also auch nicht rechtzeitig gemacht. Also die WHO hat auch gezögert. Und dann ist so eine Einrichtung wie dem RKI, natürlich die WHO so, als, sag ich mal, Leitstern näher, als ein paar Virologen in Deutschland, die was anderes sagen, oder auch internationale Virologen, die natürlich damals schon gewarnt haben. Die haben geirrlichert, ja, aber man kann natürlich auch nachvollziehen, warum. Und ich finde, da muss man nach vorne blicken und jetzt nicht sozusagen einem einzelnen da alles auf die Mütze hauen, wie das zum Teil ja auch in der Presse jetzt passiert.

15:05

Jan Kröger

Das nach vorne blicken, das werden wir gleich auf jeden Fall tun. Und Sie betonen schon richtig, einem Einzelnen wollen wir hier auch nichts auf die Mütze hauen. Wie gesagt, der angekündigte Rückzug von Lothar Wieler ist für

uns heute der Anlass, über die Rolle des Robert-Koch-Instituts gerade in dieser Pandemie noch einmal zu sprechen. Vielleicht trotzdem noch mal ein Zitat von Lothar Wieler, ein aktuelles, jetzt wiederum aus der Frankfurter Allgemeinen, aber durchaus selbstkritisch. Da hat er gesagt: „*Ich hätte mir im Nachhinein gewünscht, dass ich manche Dinge besser erklärt hätte.*“ Ist das der Ansatzpunkt, wo wir da auch sagen müssen, da hätten wir beim Robert-Koch-Institut vielleicht mehr erwarten können, die letzten drei Jahre?

Alexander Kekulé

Das ist einer davon. Es ist natürlich mit dem erklären, das ist sehr politische Ausrede. Wenn man genau hinschaut, kommt das eigentlich immer. Also Politiker sagen fast immer: Wir haben das Richtige gemacht, für Kunden jetzt noch nicht richtig erklärt. Damit meinen sie ja indirekt, die Zuhörer waren zu blöd. Das ist natürlich nicht so, klar. Ich glaube nicht, dass er damit seinen ja schon fast signaturartigen, trockenen Stil meint. Den fand ich persönlich dann... Am Anfang habe ich mir gedacht, was ist denn das jetzt, als er da immer so ein bisschen monoton neben den Ministern saß, aber nach einer Weile fand ich das eigentlich gar nicht schlecht, dass einer in so einer Pandemie einfach komplett keine Miene verzieht und die Daten runterbetet, um auch unangreifbar zu sein. Und vielleicht hat er, wollte er auch das repräsentieren, was halt so eine Bundesbehörde ist. Ja, das sind ja nun mal Beamten. Übrigens, wir haben früher solche Leute immer Impf-Onkels genannt. Ich war ja in Berlin an der Freien Universität, und da konnte man auch bei den Impf-Onkels eine Doktorarbeit machen. Das ist dann am Nordufer beim Robert-Koch-Institut. Kollegen von mir sind dort hingegangen. Das ist halt einfach so eine Behörde, die haben weiße Kittel, statt Ärmelschoner und das finde ich auch in Ordnung, weil das ist ja die Frage, was erwartet man von so jemandem? Doch nicht, dass er sprühende Vorträge hält und jetzt sozusagen auch noch die letzten Leute hinterm Ofen rausreißt, für dieses Thema, sondern, er muss Verlässlichkeit signalisieren. Also daher fand ich jetzt: Die Kommunikation würde ich jetzt nicht angreifen, obwohl die ja viel angegriffen wurde. Es kommt mir darauf an, was es ist, was man sagt,

oder was man tut. Und da ist es z. B. natürlich so: Jetzt muss ich eben betonen, das ist meines Erachtens nicht die Schuld von Herrn Wieler persönlich, aber das Robert-Koch-Institut hat natürlich ein paar echte Flops sich geleistet. Einige haben wir jetzt schon genannt. Die Corona-App gehört für mich ganz klar dazu. Das war ja nun eine Katastrophe. Die totale Verspätung dieser ganzen Daten, also es haben ja selbst die öffentlich-rechtlichen Sendeanstalten nur noch Daten von der Johns-Hopkins-Universität wiedergegeben, in den USA.

Jan Kröger

Nicht nur, aber schwerpunktmäßig kann ich durchaus sagen, dass Mitarbeiter des Nachrichtenradios das gemacht haben.

Alexander Kekulé

Fast nur so, dass man JHU-Daten wiedergegeben hat, weil man wusste, das Zeug was vom RKI kommt, das ist sowieso nicht mehr aktuell oder nicht verlässlich. Und dann hat er natürlich kommuniziert, aber als Leiter kommuniziert, des RKI, zwei richtige Böcke geschossen. Der eine ist für mich – oder später nochmal, also die 2 habe ich ja schon genannt. Die weiteren waren dann, dass er gesagt hat, dass der Genesenenstatus nur drei Monate gelten soll. Das war ein extremer Tunnelblick seinerzeit, weil, da stand auf dem Papier: Ab sofort, oder ab Soundsovielten bestimmt das Robert-Koch-Institut, wie lange der Genesenenstatus gilt. Und das hat der dann ausgeführt, exekutiert als Beamter. Da ist er dann wahnsinnig gewatscht worden, von seinem Minister, nach dem Motto: Warum hast du mich dann nicht vorher angerufen? Auf der anderen Seite stand es nun mal so in dieser Verordnung, da drinnen und da war es dann irgendwann 12 Uhr nachts, also der der Beginn des Datums, was in dieser Regelung stand und dann hat die Wieler exekutiert. Das nennt man ja auch deshalb Exekutive. Und dann hinterher zu sagen ja, das wussten Leute im Gesundheitsministerium, waren eingeweiht oder waren da eingebunden, aber der Minister persönlich hat es nicht erfahren. Das fand ich dann auch so ein bisschen fies, ihm das dann zuzuschreiben. Und rein wissenschaftlich gesehen, wenn ich jetzt in der Runde gewesen wäre, hätte ich das natürlich angegriffen, gechallenged, wie man sagt.

Also ich hätte mit ihm dann mal diskutiert, warum er jetzt drei Monate und nicht sechs, wie bei den anderen, die da geimpft sind. Aber da gab es ja für die eine oder für die andere Interpretation ausreichend Daten. Also eigentlich war die Datenlage damals so, um das nochmal, weil es vielleicht viele nicht in Erinnerung haben, das war ja so, dass die harte Datenlage eigentlich dafür gesprochen hat, auch Geimpfte nur drei Monate lang sozusagen freizustellen oder als geimpft gelten zu lassen. Das wiederum widersprach aber der Vereinbarung, die wiederum der Bundeskanzler über Brüssel quasi durchgestellt hatte, dass das eben nicht so sein soll, also die Bundesregierung hat sozusagen gegen die Fachempfehlungen gearbeitet und hat gesagt: Nein, wir wollen das, damit sich mehr Leute impfen lassen, dass der Geimpftenstatus nicht verkürzt wird. Das war ja eine EU-Frage. Dann war plötzlich – ist aber deutsches, nationales Recht, wie es mit dem genesenen Status ist. RKI ist zuständig, also kann man sagen, er hat halt so mit den Super-Scheuklappen eines Wissenschaftlers. Fast hätte ich gesagt, mit einem Mikroskop vor den Augen, hat er halt gesagt, ich beurteile die Lage so, dass drei Monate die richtige Zahl ist. War ein politischer Fehler, nicht unbedingt ein wissenschaftlicher. Und dann der Fehler, der jetzt ein richtiger wissenschaftlicher Fehler war. Im Dezember 2021 kurz vor Weihnachten hat das Robert-Koch-Institut massivst wegen der sogenannten Omikron-Wand – die ja auch Herr Lauterbach angekündigt hatte und verschiedene Virologen – hat er wegen der Gefahr durch Omikron einen weiteren Lockdown an Weihnachten gefordert. Zum Glück haben, das die Politiker dann nicht gemacht. Da war einfach die Stimmung im Deutschen Bundestag nicht danach, das zu machen. Kurz nach der Wahl. Das haben wir ja auch hier im Podcast massivst angegriffen, war kompletter Unsinn von der Stunde Null an. Aber - da sage ich jetzt mal, es ist ja nicht so, dass ein Lothar Wieler jetzt sagt: Ich wache hier morgens auf und habe die Eingebung, dass das so ist, sondern das ist der Chef einer riesigen Behörde mit riesigen Beraterstäben und auch externen Beraterstäben. Und das kann nicht sein, dass er das alleine sich ausgedacht hat, sondern das waren die Berater, die an seiner Seite standen. Und er ist offensichtlich da solidarisch und, sage ich

mal, deutsch genug, um die nicht zu benennen und das auf sich zu nehmen, als Behördenchef. Aber es ist völlig ausgeschlossen, dass er sich das alleine ausgedacht hat. Und ich möchte daran erinnern, dass der damals gerade neu gegründete Corona-Rat der Bundesregierung, dass der ja auch diese massive Fehleinschätzung abgegeben hat, ungefähr zur gleichen Zeit. Der hat auch gesagt, wie wahnsinnig gefährlich Omikron war und sich erst einen Monat später revidiert. Das heißt also, da kann man nicht immer sagen, Wieler war schuld. Aber man muss die Frage stellen, warum waren in Deutschland die Prozesse so schlecht? Dass dann eben auch auf der Webseite des RKI lange stand, und das RKI hat es auch vertreten, dass z. B. Geimpfte nicht wesentlich zum Infektionsgeschehen beitragen, was ja die Grundlage für 2G war. Und 2G hat zur Folge gehabt, dass wirklich viele tausend Menschen gestorben sind. Das muss man so knallhart sagen, weil Geimpfte glaubten, sie stecken niemanden mehr an und die Veranstaltungen ja dann auch freigestellt waren, von allen möglichen Maskentests und so weiter. Und das hat wirklich Tote gefordert. Gab ja auch dieses berühmte Urteil vom Berliner Verwaltungsgericht, was sich dann auf die Aussagen des Robert-Koch-Instituts bezogen hat, als es gesagt hat, die 2G-Regelung ist in Ordnung, wo man also Getestete ausgesperrt hat aus den Gaststätten, weil das RKI eben gesagt hat, die Geimpften und die Genesenen tragen nix mehr bei, weil diese Welle der Geimpft, wenn ich es mal so nochmal wiederholen darf, die ist ja ignoriert worden, damals. Und das müsste man mal aufarbeiten, dann müsste man tatsächlich Mal, darum bin ich ja für den Untersuchungsausschuss und da würde sicherlich Herr Wieler dann geladen, mal gucken, ob er dann auch noch vornehmlich schweigt. Aber dann müsste man mal dann Ross und Reiter benennen. Wer diesen ganzen Unsinn, der in der Pandemie passiert ist und den man ja heutzutage benennen kann, der wirklich zu vielen Toten geführt hat, wer das verursacht hat. Und ich bin absolut sicher, dass das nicht Lothar Wieler selbst war, sondern das waren andere Berater. Und es waren Strukturen, die nicht funktioniert haben.

Jan Kröger

Nun haben sie ja ein, zwei Beispiele genannt, die jetzt auch in anderen Medien derzeit aufgeführt werden, wenn es darum geht, ein mögliches Zerwürfnis wird teilweise schon herbeigeschrieben, zwischen Lothar Wieler und Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, die dafür also gesorgt haben sollen. Wie viel Politik steckt denn in diesem Rückzug von Lothar Wieler?

Alexander Kekulé

Das weiß ich nicht. Also ich kenne ihn schon lange, bevor er RKI-Präsident wurde. Ich habe ihn immer sehr geschätzt. Er war ja in Berlin eben. Ich war mit ihm zusammen in der Schutzkommission, die ja leider aufgelöst wurde. Und daher muss ich sagen, also ich habe ihn eigentlich immer in Erinnerung gehabt, als jemanden, der ziemlich viel einstecken kann, wenn ich mal so sagen darf, oder zumindest nicht zeigt, wenn ihn was nervt. Dann, was da passiert ist, weiß ich nicht. Ich kann mir aber einfach vorstellen, wissen Sie, wenn der Minister andeutet, und das hat er ja mehrmals gemacht, dass er mit der Leistung seines Behördenchefs nicht zufrieden ist. Und umgekehrt, muss man sagen Karl Lauterbach kennen wir ja alle, Ganz Deutschland kennt den ja von den Fernsehdiskussionen. Er hat ja mal gewitzelt, dass er bei Markus Lanz im Studio sein Bett aufgestellt hätte. Es ist so, der hat diese Wissenschaftlerkrankheit, dass er so ein bisschen rechthaberisch ist. Wo ich jetzt sagen muss, habe ich ganz ehrlich gesagt z. B. auch. Und viele meiner Kollegen auch. Aber als Bundesminister ist das natürlich so: Wenn Sie dann Ihrem Fachbehördenleiter irgendwie die Welt erklären wollen, ich kann mir schon vorstellen, dass das ganz schön nervt, weil am Ende des Tages muss sich der Minister natürlich mit ganz vielen Dingen, vor allem den politischen Zusammenhängen beschäftigen. Und man darf dann im Zweifel davon ausgehen, dass der bessere Fachidiot immer der Behördenleiter ist. Und ich bin da aber nicht so sicher, dass das der Herr Lauterbach immer so sieht. Und deshalb kann ich mir vorstellen, an der Stelle muss es ja krachen, ja, wenn Sie quasi dem immer erklären, was Sie da vielleicht morgens um zwei für eine Studie gelesen haben und was daraus zu schließen ist. Ich schätze, dass es auf

der Ebene gewesen ist. Also wie er ist, sozusagen, der, der sich fachlich besser auskennt. Gerade bei jemand wie Lothar Wieler, der eben am Anfang eine steile Lernkurve hatte, der aber natürlich inzwischen nach drei Jahren 100% im Stoff steht, ist es schwierig, wenn sein Chef dann fachlich gesehen ins Detail reingeht. Also man soll ja auch als Minister kein Mikromanagement machen, wie das so schön heißt. Ich bin aber ziemlich sicher, dass in Fragen der Pandemie der Herr Lauterbach das natürlich macht.

26:24

Jan Kröger

Also, die politischen Gründe für den Rückzug von Lothar Wieler, die möglichen, die können wir von hier aus nicht beurteilen. Was aber schon auffällt, ist, dass unmittelbar danach eine politische Debatte über die Rolle des Robert-Koch-Instituts ausgebrochen ist. Sowohl unter Politikern als auch übrigens unter Virologen. Fangen wir aber mal mit der politischen Seite an. FDP-Gesundheitspolitiker Andrew Ullmann hat sich geäußert: *Es gebe jetzt die Gelegenheit, das Robert-Koch-Institut weiterzuentwickeln. Dazu gehört auch, dass wir das RKI in seiner wissenschaftlichen Arbeit nicht mehr beschränken und zu einer eigenständigen Institution machen.*

Also, wissenschaftliche Arbeit nicht mehr beschränken, eigenständige Institution, das sind Vorwürfe, die in den letzten Jahren immer wieder geäußert wurden, wenn es um dieses Verhältnis ging, zwischen Politik und Robert-Koch-Institut. Inwiefern treffen die ins Schwarze?

Alexander Kekulé

Aus meiner Sicht überhaupt nicht. Also, da muss ich sagen, ich weiß, dass ich da jetzt gegen den Strom argumentiere, weil natürlich die Stimmung so ist: Es hat alles nicht funktioniert. Woran muss es liegen? Es hat ja wohl daran gelegen, dass das Verhältnis zur Politik schlecht war. Ich habe ja gerade erklärt, was ein möglicher Grund sein kann, warum es persönlich zwischen Minister und Behördenleitern nicht immer gut läuft, oder unter Umständen nicht gut läuft. Aber, wissen Sie, also das Robert-Koch-Institut ist eine obere Bundesbehörde, eine sogenannte selbstständige Bundesoberbehörde, so ist der Fachausdruck. Was heißt

denn das? Das heißt, diese Behörde hat Aufträge zu erledigen des Bundesgesundheitsministers und auch anderer Bundesbehörden. Das ist also so geregelt, dass die sich auch über Kreuz alle helfen. Das hängt unter anderem in dem Fall damit zusammen, dass das ja mal früher ein Bundesgesundheitsamt gab. Das war so eine Riesenbehörde, die überhaupt nicht funktioniert hat. Irgendwann hat man das neu strukturiert und 1994 war das, hat man eben das aufgelöst und daraus mehrere Teilbehörden gemacht. Und zwei sind im Geschäftsbereich des Bundesministers der Gesundheit. Und das ist eben das eine, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, so heißt es, glaube ich, BfArM und das andere ist das Robert-Koch-Institut und diese Behörden helfen alle allen Ministerien über Kreuz und haben damit, wenn Sie so wollen, in gewisser Weise hoheitliche Aufgaben. Also der Minister braucht eine Statistik, was in seinem Land los ist. Wie viele Leute haben Krebs? Welche Medikamente funktionieren? Was weiß ich? Wer ist wann, wie, wo krank und so weiter? Diese ganzen behördlichen Aufgaben, die wir ja haben wollen, bis hin zur Forschung, ja, da gibt es dann Forschungsfragen, was sonst keiner machen will. Gibt bestimmte Viren, die kommen nur in Afrika vor, in irgendwelchen Höhlen, wo irgendwelche Fledermäuse sind, wo sich keine Sau für interessiert, aber vielleicht das Bundesministerium sagt, im Sinne der Pandemie-Vorbereitung oder Seuchenvorbereitung wollen wir ein bisschen uns damit auskennen. Deshalb wollen wir da ein Forschungsprojekt zu haben oder Schutz vor Biowaffen z. B.. Das war bis vor einiger Zeit ein Thema, wo sich ganz wenig Leute mit beschäftigt haben. Und dann haben eben verschiedene Einrichtungen gesagt, die Schutzkommission z. B. hat damals gesagt: Wir brauchen da mehr Forschung, und auch andere haben das gesagt. Und daraufhin gab es Forschungsprogramme. Und wenn sich da kaum einer bewirbt drauf, von den freien Wissenschaftlern, weil das natürlich an so einer Uni irgendwie erstens praktisch oft nicht geht, dass man an Biowaffen forscht und zweitens ist es irgendwie auch nicht sexy, das ist irgendwie unappetitlich, so etwas zu machen. Dann sagt eben der Bundesminister, okay, du bist meine Behörde, bitte mach das. Ich bin der

Meinung, dass das für den Schutz der Bevölkerung wichtig ist. So was braucht man dringend. Und wir haben ja in der Pandemie gesehen, dass bei diesen, ich nenne es jetzt hoheitlichen Aufgaben des Robert-Koch-Instituts ganz viele Sachen einfach nicht funktioniert haben. Das lag aber nicht daran, dass das Institut nicht frei war, sondern wenn die frei sind, wäre es ja noch schlimmer, dann würde der Bundesminister sagen: Habt ihr vielleicht Lust, das zu machen, Leute? Und die sagen: Oh nö, da müssen wir erst mal drüber nachdenken. Vielleicht machen wir das mal. Also das ist ja völlig illusorisch. Sondern, es ist hier notwendig, dass man eine Behörde hat, die das macht. Und die darf auch nicht frei sein, sondern die muss für den Minister und für die Ministerien zur Verfügung stehen. Daneben gibt es natürlich Aufgaben, die reine Forschung sind. Und das ist ja auch ein Luxus, den diese Behörden haben. Der sieht so aus, dass die Wissenschaftler, die da arbeiten, auch so ein bisschen, um halt nicht nur solche Auftragsprojekte der Regierung zu machen, die dürfen auch richtig freie Forschungsprojekte machen. Dann stehen sie quasi rein theoretisch – in der Praxis ist es nicht ganz so – im Vergleich auf Augenhöhe mit allen anderen Einrichtungen in Deutschland, irgendwelche Universitätsinstitute oder Bundesinstitute. Es gibt sehr viele, die Krebsforschung machen, Infektionsforschung in Braunschweig z. B. auch. Und da können sie dann Anträge für Forschungsmittel stellen und dürfen das machen. Das ist so etwas, was man denen erlaubt, weil man sagt: Die sollen ja auch nicht nur so praxisnahe Sachen machen, sondern auch mal interessante Grundlagenprojekte. Dieser Bereich – und deshalb sehe ich das genau diametral andersherum – dieser Bereich ist in den letzten Jahrzehnten ausgeföhrt. Die machen immer mehr Projekte, wo sie reine Forschung machen, die nicht unmittelbar mit ihren Dienstaufgaben zu tun haben. Das hat jetzt für Leute von außerhalb, da spreche ich zugegeben bisschen pro domo, auch folgenden unappetitlichen Aspekt. Als Bundesbehörde ist es so, dass natürlich der Minister, auch, wenn er eine Ausschreibung macht oder die Bundesregierung, oder auch die Europäische Kommission macht Ausschreibungen für Forschungsmittel und sagen diese und jene Projekte wollen wir in den nächsten, was weiß

ich, sieben Jahren fördern. Das kriegen natürlich – irgendjemand muss es ja vorher prüfen, ob das alles sinnvoll ist und ob es auch politisch gewollt ist – kriegen dann diese Bundesoberbehörden auf den Tisch. Also, die müssen das als Behörde prüfen. Da sagt man dann schon mal: Hier ist der Entwurf hast du noch weitere Vorschläge? Was ist deiner Meinung nach wichtig? Das heißt, die sehen das Monate, bevor es ausgeschrieben wird, schreiben sogar selber dran mit. Und da ist es bekannt, dass die dann immer schön Sachen reinschreiben und empfehlen, wo sie genau wissen, dass sie dann hinterher der einzige sind, der das machen könnte. Da steht dann in der Ausschreibung drinnen: Für folgendes Projekt, in Klammern 10 Millionen, ist es erforderlich, dass anwendungsnahe Einrichtungen wie z. B. Bundesoberbehörden beteiligt werden. Steht dann eiskalt in der Ausschreibung drinnen, wo jeder weiß, die haben das gegengelesen und dann ist es so, dass die Fristen für die Bewerbung echt kurz sind. Und sie müssen dann zehn Partner haben, europaweit und justament, die Bundesoberbehörden haben die dann komischerweise schon, an dem Tag, als das ausgeschrieben wird, quasi. Ja klar, weil die da diesen Vorsprung haben. Und deshalb kriegen die das auch ganz oft und sind die mit drinnen. Und man kann dann auch oft davon ausgehen, dass es sonst keine Genehmigung bekommt. Das heißt also, für diese freien Forschungsprojekte ist da auch eine gewisse Selbstbedienungsmentalität. Anders kann ich es nicht sagen, ohne dass die Bundesoberbehörden jetzt besser wären. Im Gegenteil. Weil dadurch, dass sie diese ganzen, eher braven Aufgaben haben, Dienstleistungsaufgaben für den Bund haben, ist das jetzt nicht so, dass die überall die tollsten Grundlagenforscher sind. Zum Teil vielleicht schon, aber nicht so generell. Da sind so manche Universitätsinstitute oder eben große Bundeseinrichtungen für Grundlagenforschung, Max Planck, sind natürlich da besser aufgestellt, und deshalb gibt es da eine Verzerrung. Und jetzt zu sagen... Klar wollen die Wissenschaftler da ja, dass... Ich weiß, dass jetzt wieder Kollegen wahrscheinlich sauer sind, aber die Wissenschaftler, die da arbeiten, die sagen natürlich, wir würden gern mehr freie Forschung machen. Aber da muss

man eben einen Schritt zurück gehen und sagen, okay, dann müsst ihr halt ans Max-Planck-Institut gehen oder irgendwohin, wo die Forschung wirklich frei ist. Hier ist der Hauptjob, die Auftragsforschung, weil wir brauchen diesen politischen Hebel. Und dass das nicht funktioniert hat, haben wir gerade in der Pandemie gesehen. Und ich sehe überhaupt nicht die Begründung, warum jetzt mehr Freiheit was bringen soll. Einen kleinen haue ich noch hinterher, weil Sie gesagt haben, das wird von der Politik gefordert. Das ist auch ein bisschen populistisch. Und zwar, weil das ja insinuiert, dass es so wäre, dass irgendwie die Minister, die freie Forschung, die grundgesetzlich geschützt ist, an diesem Institut einschränken würden und dadurch quasi diese Antwort bei Corona, diese Performance bei Corona so schlecht war. Da gibt es überhaupt keine Belege für, dass das irgendetwas damit zu tun hat, sondern das bedient nur so diese allgemeine Unzufriedenheit des Volkes, dass die sagen, das läuft ja schlecht und die Obrigkeit redet allen rein und der Wieler durfte auch nicht sagen, was er wollte. Also ich hatte nie den Eindruck, dass Herr Wieler was ganz anders sagen wollte, als Herr Lauterbach. Und ich bin auch nicht so ganz sicher, ob das dann das bessere gewesen wäre, immer von den Zitaten, die wir da gehört haben.

35:06

Jan Kröger

Ein Vorhaben, das im Koalitionsvertrag zu finden ist, ist der Umbau der Gesundheitsbehörden zu einem Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit. Ist auch angekündigt, von Karl Lauterbach, dass das im nächsten Jahr in Angriff genommen wird. Es fehlen allerdings noch die Details, wie diese Behörde dann aussehen soll. Und das hat nun ein bisschen die Fantasie auch von ihren Berufskollegen angeregt. Klaus Stöhr z. B. hat sich gegenüber dem TV-Sender Welt letzte Woche geäußert. Der schlägt vor, dazu eben den ganz großen Schlag zu machen. Robert-Koch-Institut, Paul-Ehrlich-Institut, solche Behörden eben in diesem einen Bundesinstitut zusammenzuführen. Hendrik Streeck wiederum, will sich an der amerikanischen Seuchenschutzbehörde CDC orientieren. Was heißt das nun für mich als Normalbürger? Wo wird das spürbar, was würde dann ein solcher Umbau bringen?

Alexander Kekulé

Naja, was da spürbar wird, ist, dass vor allem teurer wird, was die sich da vorstellen. Also es gibt ja sozusagen diese drei, wenn ich das mal aufgreife, was jetzt genannt haben, also erstens das Bundesgesundheitsamt, das ist ja, ich hatte es schon gesagt, zerschlagen worden. Damals war auch das Paul-Ehrlich-Institut ein Teil davon. Also das hat einfach nicht funktioniert, weil das eine Monsterbehörde war, wo 80% dessen, was die gemacht haben, nicht sinnvoll waren. Ich habe damals, in einer Zeit, als das RKI neu strukturiert wurde, sogar mal ein Konzept für die Neustrukturierung des RKI gemacht. Und da stand auch schon drin, es soll so ähnlich wie CDC USA werden, weil CDC in Atlanta gilt halt immer so als Vorzeigeeinstitut, wo es ganz gut funktioniert. Allerdings mit einem Budget, die haben ja mehr Geld als die Weltgesundheitsorganisation, sind übrigens auch nicht frei. Die unterstehen ganz normal dem Gesundheitsministerium dort. Also was soll dieses Loslassen von den Dienstaufgaben? Also daher, ja, der Vorschlag, das CDC-ähnlich zu machen, ist nicht ganz neu. Und die Frage, braucht man ein Bundesgesundheitsamt wieder? Ich schätze den Klaus Stöhr schon sehr, aber es ist so, dass dieser Vorschlag für mich voll in die falsche Richtung geht. Statt die Aufgaben auszuweiten, sollte man sie eben fokussieren. Sollte so sein, dass das das völlig klar ist, was das RKI macht und was nicht. Und da gehört eben dieser ganze Bereich, den auch andere Forschungsinstitute zum Teil besser machen können, zu den Dingen, die für mich auf der Streichliste stehen, genauso wie die Tatsache, dass die, ich glaube fünf Standorte haben. Und die haben drei in Berlin die sind relativ nah zusammen. Das ist halt, sage ich mal, der Geografie da im Bereich Nordufer geschuldet, wenn man weiß, wo das da ist. Da oben man beim Rudolf-Virchow-Krankenhaus um die Ecke. Aber dann haben Sie noch eins in Wernigerode und eins in Wildau und das sind so Außenstellen, die aus politischen Gründen aufrechterhalten werden. Also da erkenne ich überhaupt nicht, was das soll. Übrigens haben auch frühere RKI-Präsidenten, bei Herrn Wieler weiß ich es nicht, aber frühere RKI-Präsidenten haben versucht, das zusammenzuführen. Ist aus politischen Gründen abgelehnt worden, weil so ähnlich wie bei Ihnen auch der MDR,

der auch Standorte hüben und drüben. Und das hat dann politische Gründe, warum da und da unbedingt jetzt noch ein Standort sein muss. Kommentieren Sie bitte nicht. Und dann ist es so, also da sage ich: genau die falsche Richtung, das größer zu machen. Man muss es fokussieren und kleiner machen. Alles andere wäre Geldverschwendung. Genauso, als wenn man jetzt anfängt, da ein weiteres unabhängiges Forschungsinstitut für Infektionskrankheiten aufzusetzen, wo wir in Deutschland so viele haben und das dann auch nicht besser wird, wenn man eins mehr hat, in Berlin und eben der Bundesminister irgendein anderes Institut dann bräuchte, was für ihn sozusagen den gesetzlichen Job macht. Man muss vielleicht daran erinnern, wenn man jetzt sagt: Das Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit, ehrlich gesagt, werden die Leute da für blöd verkauft. Also wenn Sie mal heute auf die Webseite vom Robert-Koch-Institut schauen und gucken, was steht denn da was die Aufgaben des RKIs sind, dann steht da drüber. Wir sind das – Ich habe es nicht wörtlich jetzt – Wir sind das Bundesinstitut für Public Health. Das weiß ich zufällig auswendig, weil ich da gedacht habe. Moment mal, Public Health, das heißt auf Deutsch öffentliche Gesundheit. Also, man will aus dem Bundesinstitut für Public Health jetzt das Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit machen. Das ist für mich eine Übersetzungsfrage. Man muss fragen, warum klingt Public Health so viel besser, als öffentliches Gesundheitswesen? Das ist eher für deutsche Ohren so. Im Englischen klingt Public Health genauso bieder, wie öffentliches Gesundheitswesen. Das heißt also, es ist genau das gleiche, was es jetzt schon ist und die Aufgaben des RKI sind eben – die stehen im Gesetz, da gibt es extra das Nachfolgegesetz vom Bundesgesundheitsamt. Da steht eben drinnen, dass es die Krankheiten erkennen muss, dass es Epidemiologie machen muss, eben von übertragbaren und nicht erkrankbaren, Krankheiten, alle möglichen Datensammlungen und so weiter und eben zusätzlich forschen darf. Und das kann ich nur noch einmal betonen. Sobald das Institut forscht, unterliegt diese Forschung der Freiheit von Forschung und Lehre, die im Grundgesetz geschützt ist. Das heißt, ich bin absolut sicher, dass noch nie irgendein Bundesminister in die Forschung reinregiert hat, sondern der will halt

nur, möchte ich mal sagen, dass das Institut seinen Job macht und ihm die Zahlen liefert, die er braucht. Und wenn das nicht funktioniert, dann kommt es zum Knatsch. Aber ich sehe nicht, wie man durch eine Befreiung dieses Instituts das irgendwie verbessern könnte.

40:29

Jan Kröger

Und nun steigen auch wir in unserer heutigen Podcast-Folge noch mal in die Forschung ein, denn wir wollen nun eine interessante Entwicklung letzten Endes besprechen, auch anhand einer Studie, die als Preprint vorliegt. Und zwar geht es um eine Art von Medikamenten gegen Covid-19. Auch das ist ein englischer Begriff, der im Deutschen wenig verwendet wird. ACE 2 decoy. Kann man glatt übersetzen mit ACE 2 Köder, bei dieser Medikamentenklasse. Was genau kann man sich darunter vorstellen? Wie ist das Prinzip dort?

Alexander Kekulé

ACE 2 ist ja der Rezeptor für das Sars-CoV-2-Virus. Das ist, glaube ich, inzwischen haben inzwischen schon viele gehört, das ist eigentlich ein Enzym, was auf der Oberfläche z. B. von Zellen in der Lunge ist, in den Atemwegen auch in vielen anderen Bereichen. Und das Enzym sitzt auf der Oberfläche, und das macht etwas. Das macht das sogenannte Angiotensin kaputt oder Angiotensin-2 kaputt. Angiotensin-2. Was ist das? Angiotensin, ja, da steckt irgendwie angion drin, das heißt auf Griechisch Gefäß, also auch Blutgefäß. Und tendere, wissen die Lateiner, tensor die Spannung. Das heißt, etwas mit Spannung, also. Angiotensin ist ein Botenstoff im Blut, der den Blutdruck erhöht. Da gibt es komplizierte Mechanismen, die den Blutdruck steuern und einer davon ist es ist Angiotensin-2, was eben hier den Blutdruck erhöht. Und es wird von diesem ACE-2 wiederum, das ist das Angiotensin converting enzyme, also das Enzym, was Angiotensin-2 abbauen kann. Das wird von dem kaputt gemacht, mal so einfach gesagt. Das heißt, wenn das seine Aktivität entfaltet, senkt das den Blutdruck. Normalerweise. Angiotensin könnte man sonst auch irgendwie Gefäßspanner nennen, dann wäre es leichter verständlich, aber ein bisschen skurril. Und es ist so, das ist nicht selten, das klingt jetzt so ein bisschen exotisch, aber es ist so, dass praktisch alle Viren, wenn sie in eine Zelle

reinwollen, da ist ja nicht extra eine Tür eingebaut wie so eine Katzentür für die Viren, dass man sagt: Bitte, liebe Viren, kommt hier rein, sondern die müssen sich hereinschmuggeln. Und deshalb nehmen die irgendetwas immer als Griff, als Rezeptor, wie wir sagen, um da anzudocken, was sowieso schon da ist, in dem Fall dieses ACE-2. Und jetzt wissen wir ja, dass Omikron, auch die vorherigen Coronaviren, aber bei Omikron speziell, ist es eben so, das hat so viele Veränderungen, dass wir mit diesen ganzen monoklonalen Antikörpern nicht mehr weiterkommen, die man zur Therapie verwendet hat. Das sind ja Antikörper, die gegen das Spike-Protein, des Virus gerichtet sind. Und bei Omikron zumindest in neueren Untervarianten passen die alle nicht mehr. Da steht man also sozusagen am Ende der Fahnenstange, wenn man schwerstkranke Patienten, Risikopatienten therapieren will. Und deshalb ist schon lange eine Alternatividee, die ja total naheliegend ist, dass man sagt, ja das dockt doch an diesen ACE-2-Rezeptor an. Jetzt machen wir mal einen künstlichen Rezeptor, den stellen wir mal künstlich her, also nicht auf der Zelle, sondern den nehmen wir als Medikament und verabreichen den dann intravenös. Und dann müsste das Virus doch auch weggefangen werden, weil das doch eben dann da an. Und deshalb ist die Idee uralte, dass man sagt wir nehmen also sozusagen ACE-2-Attrappen, also decoy, das englische Wort, was Sie jetzt mit Köder übersetzt haben. Es stimmt, das heißt Köder, so wie Bait bei einem Angler oder so, aber eigentlich ist damit mehr der Begriff gemeint Täuschkörper, wie man das vom Militär, von irgendwelchen Kriegsfilmen kennt. Flugzeuge, die schmeißen doch dann, wenn eine Rakete hinterherkommt und sie angreifen will, irgendwie lauter kleine Aluminiumpartikel und Ähnliches raus, damit die Rakete falsch gesteuert wird. Oder auch Wärmestrahler oder Ähnliches und solche Täuschkörper beim Militär, die quasi ablenken sollen vom eigentlichen Ziel, das sind auch decoys. Und das ist damit gemeint, quasi, dass man mit diesem ACE-2 das Virus dazu bringt, nicht mehr in der Lunge anzudocken, sondern an diesen Täuschkörpern, die überall im Blut rumschwimmen. Die Idee ist alt. Aber das hat mehrere Probleme, oder zwei, die ganz wichtig waren. Das eine Problem ist, die Bindung an diese frei im Blut

schwimmenden Täuschkörper ist viel schlechter, als die an das echte ACE-2, was auf der Zelle sitzt. Irgendwie ist die Struktur anders, und das Virus bindet dann nicht so richtig gut dran. Also die Affinität ist schlechter. Und zweitens, selbst wenn es irgendwie funktioniert, war es immer so, dass nach kürzester Zeit das Virus mutiert ist und durch kleine Mutationen dann dafür gesorgt hat, dass es eben zwar weiterhin an den ACE-2-Rezeptor in der Lunge z. B. andockt, aber nicht an diese Täuschkörper. Das kann also dann unterscheiden, oder merkt sozusagen, dass es reingelegt wird. Und das war bisher das Problem und deshalb haben wir z. B. diese Therapie bis jetzt im Podcast noch nicht besprochen.

Jan Kröger

Nun gibt es eine Arbeit, weshalb wir das Thema heute besprechen, von Anfang Januar aus Japan. Sind die dortigen Forscher denn bei diesen Problemen einen Schritt weitergekommen?

Alexander Kekulé

Ja, das ist eine Arbeitsgruppe aus Osaka. Die sind nicht die einzigen, muss man sagen, gibt ganz viele weltweit, die das machen. Die haben schon vor längerer Zeit mal, was ganz witziges gemacht, ist vielleicht interessant, zu erklären, wie sie diese zwei Probleme, die ich genannt habe, umgegangen sind. Und zwar haben die gesagt, wir machen das jetzt so: Wir kopieren jetzt künstlich quasi, dieses ACE-2. Das Gen dazu, das kann man ja rausholen, das ist verfügbar. Und dieses Gen kopieren wir mit einer PCR-Reaktion z. B., die kopiert ja Gene. Aber wir machen es absichtlich so, dass da dauernd Fehler passieren. Also da werden künstlich Mutationen eingebaut und diese falsch kopierten, ACE-2, die wurden dann wieder in Zellen in der Zellkultur, in einzelne Zellen gebracht. Und dann hat man darauf quasi losgelassen das Spike-Protein von Sars-Cov-2, also diese Bindungsstelle vom Spike-Protein. Das Ganze mit so einem Marker farblich markiert und dann kann man mit so einer Maschine, die ganz schick ist, so ein Fluoreszenzmarker ist das, dann kann man das durch seine Maschine durchlassen. Die sortiert dann hinterher diese Zellen, wo jede eine andere Mutation dieses ACE-2 auf der Oberfläche hat. Die werden dann sortiert, und da hat man die raussortiert,

wo es am besten gebunden hat. Da hat man das Experiment wiederholt, mit den Mutationen, mit dem, was man da gefunden hat. Man hat sozusagen eine Evolution im Reagenzglas gemacht und es so lange optimiert, bis man ein ACE-2 hatte, was bombenfest sozusagen an das Sars-Cov-2 Spike-Protein dran bindet, also nicht mehr so schwach wie vorher, sondern wirklich optimiert ist, durch einen, wenn Sie so wollen, darwischen Selektionsprozess im Reagenzglas. Ich finde das ein ganz pfiffiges Experiment und diesen optimierten ACE-2-Rezeptor, der also viel besser an das Virus bindet, als der, den wir alle in unseren Lungen haben – Gott bewahre, dass unsere auch mal so mutiert – diesen benutzt man dann als Therapeutikum, um das Virus wegzufangen. Gibt noch einen zweiten Trick, den man dazu macht und zwar wird der gekoppelt mit einem Stück von einem Antikörper mit einem IGG. Das klingt jetzt so kompliziert, aber hat eigentlich nur den Zweck, die Halbwertszeit zu verlängern, weil man weiß schon länger aus Experimenten, die aus der Zeit kommen, als man so etwas auch zur Therapie von Bluthochdruck verwenden wollte, dass, wenn man das an IGG koppelt, dass das dann nicht so schnell abgebaut wird, weil der ACE-2-Rezeptor alleine ist halt so ein kleines Protein, das wird im Blut relativ schnell vernichtet. Und wenn es an IGG gekoppelt ist, hat eine längere Halbwertszeit, wie wir sagen bleibt, also länger erhalten und wirkt natürlich dadurch auch besser. Und dieses gentechnisch optimierte ACE-2, gekoppelt an einen Teil von einem Antikörper letztlich, das wird als Therapeutikum verwendet.

Jan Kröger

Und woran kann man dann genau sehen, dass es auch funktioniert?

Alexander Kekulé

Das merkt man an zwei Sachen. Das eine ist, dass man feststellt, wie stark das bindet. Quasi wie stark kann das Virus neutralisieren? Also genau so, wie man das sonst bei Antikörpern macht. Und da ist es eben so, dass dieses durch Mutation optimierte ACE-2 jetzt ungefähr 100-mal besser bindet an das Virus, als die vorherigen, als natürlich, wenn man so will. Dass zweitens, weder in der Zellkultur noch im Tierexperiment, da hat man Hamster verwendet, es zu irgendwelchen Ausweichmutationen

kam. Also es ist tatsächlich so, dass das Virus es nicht geschafft hat, gegen dieses künstlich hergestellte ACE-2 so zu mutieren, dass das nicht mehr bindet. Und drittens hat man dann eben richtig therapeutisch gearbeitet. Und man hat also Tiere, in dem Fall Mäuse genommen, infiziert – mit Hamstern ist es früher schon mal gemacht worden, und dann auch zuletzt hat man sogenannte Makakken genommen, die heißen, bei uns Javaneraffen, also es gibt mehrere Arten, sind so ähnlich wie Rhesusaffen, nur mit die mit einem langen Schwanz. Also es gibt hier Javaneraffen, die da auch in Java und in Myanmar und so weiter unterwegs sind. Die sehen aus wie Rhesusaffen. Haben nur meistens einen kleinen schwarzen Schopf auf dem Kopf und einen längeren Schwanz. Die wurden für diese Experimente verwendet. Die hat man mit Sars-CoV-2 infiziert und dann therapiert mit diesem neuen Therapeutikum, mit dem ACE-2-Rezeptor, mit dem Künstlichen, gebunden an einen Teil vom Immunglobulin. Und das hat ja in diesem Experiment super funktioniert, also die Krankheit ist damit quasi verhindert worden. Und es gab eben keine Mutationen des Virus, die dazu geführt haben, dass es nicht mehr bindet. Bei diesen Mutationen ist auch – wenn Sie so wollen, ein Charme an dieser Therapie – wenn es jetzt sehr stark mutieren würde, das Virus damit es halt, z. B. gar nicht mehr an ACE-2 bindet, dann hätte das ja zur Folge, dass es auch nicht mehr infektiös ist, weil es muss für die Infektion über ACE-2 in die Zelle rein. Und deshalb ist es auch wichtig, sage ich mal so, als Therapeutikum, weil wenn das funktioniert, dann funktioniert es praktisch gegen alle Viren oder ganz viele Viren, die an dieses ACE-2 andocken. Und dann gibt's nicht nur Sars-CoV-2, da gibt es andere Coronaviren, die das machen. Also das wäre auch ein Therapeutikum vielleicht für das nächste Pandemievirus, was irgendwann mal vom Tier überspringt, sofern das wieder ACE-2 als Rezeptor verwendet.

Jan Kröger

Ich merke schon ein sehr spannender Ansatz und vielversprechender Ansatz aus ihrer Sicht. Die entscheidende Frage natürlich für uns als Patienten ist. Ab wann wäre so etwas in der Breite verfügbar?

Alexander Kekulé

Ich glaube, das wird relativ bald kommen, weil das läuft ja schon seit mindestens... also eigentlich seit Anfang der Pandemie. Da hat man sehr schnell in diese Richtung gedacht. Grundsätzlich, das Prinzip ist alt. Jetzt funktioniert es also in Affen. Das ist, wenn man so will, die letzte Stufe vor der klinischen Prüfung, dass man dann als Nächstes, dann beim Menschen das ausprobiert. Ich kann mir eher vorstellen, dass es schwierig wird, genug Patienten zu finden, weil ja natürlich Sars-CoV-2 jetzt auf dem Rückzug ist, wenn Sie nicht gerade zufällig in China irgendwie jetzt noch schnell eine Studie hinkriegen und Omikron macht doch keine so schweren Verläufe. Es hat natürlich nur einen Sinn, bei schweren Verläufen, so was zu machen. Also das ist ja ein Ersatz für die Antikörper-Therapie. Ich habe die immer mal Trump-Therapie genannt, weil Donald Trump als er krank war, mit dieser damals sehr experimentellen Methode ja behandelt wurde. Er sagte, er hätte es auch sonst so überstanden. Ärzte meinen natürlich schon, dass das, was geholfen haben könnte.

Jan Kröger

Wiederlegen können wir ihn nicht.

Alexander Kekulé

Aber es ist so, das weiß man ja hinterher immer nicht. Das ist ja immer das Problem. Wird übrigens auch beim Rückblick auf diese Pandemie immer so sein. Jeder wird sagen, das, was ich damals empfohlen habe, das war das Beste. Das war der Grund, warum alle gerettet wurden. Ja, ich habe auch schon die ersten Berichte gelesen, wo die Leute mit so etwas anfangen. Also hier ist es aber so: Wie auch immer Donald Trump wieder gesund geworden ist, es gibt eben diese Antikörper, die braucht man für ältere Menschen mit Risiko oder andere, die im Risiko stehen, um denen quasi zu helfen. Und statt der Antikörper-Therapie ist diese Therapie mit diesen künstlichen, genetisch hergestellten Rezeptormolekülen eigentlich ziemlich genial. Es gibt zwei Nebenwirkungen, auf die wird man achten müssen, vor allem in den klinischen Studien. Die eine hat sich wahrscheinlich der Hörer, wenn er jetzt genau zugehört hat, schon gedacht, und zwar: Wenn das ACE-2 einen Faktor abbaut, der den Blutdruck erhöht, was ist denn dann, wenn ich das

massenweise Spritze? Da kommt es ja eventuell zum Blutdruckabfall, weil das ACE-2, dieses künstliche ja dann vielleicht auch eine Enzymfunktion hat, baut also das Angiotensin-2 ab und dann sinkt der Blutdruck. Das ist ein befürchteter Nebeneffekt. Den hatten wir bei den Affen jetzt zum Glück nicht gesehen. Aber wer weiß, Affen sind eben dann doch an manchen Punkten etwas anders als Menschen. Und das zweite ist, dass man nicht weiß, wie es mit der Autoimmunität aussieht, weil, wenn man jetzt große Mengen eines solchen Proteins spritzt, eines Antigens letztlich, dann stimuliert man irgendwann das Immunsystem, weil das Immunsystem schon merkt, das fliegt jetzt die ganze Zeit im Blut rum, das Zeug. Sonst kenne ich das nur von der Oberfläche von irgendwelchen Zellen. Da wird es auch auf diesen Zelloberflächen präsentiert, zusammen mit typischen zelleigenen Faktoren. Wir haben das letztes Mal, glaube ich, besprochen mit diesen Histocompatibilitäts-Antigenen. Jetzt ist es aber so: das schwimmt frei im Blut rum. Da ist die Möglichkeit gegeben, dass es dann zur Bildung von einer Immunreaktion gegen dieses frei flottierende ACE-2 kommt. Und wenn dann z. B. Antikörper dagegen gebildet werden, dann ist wieder die Gefahr, dass die aber auch dann die körpereigenen Lungenzellen treffen, die also ja auch solche Rezeptoren haben, so dass also die Gefahr von Autoimmunitätsreaktionen relativ hoch ist, bei dieser Art von Therapie. Und diese zwei Fragen, die sind sozusagen jetzt die Nagelprobe für die klinische Prüfung. Wenn sich das beides nicht zeigen sollte, dann wird es relativ schnell in die Praxis kommen.

54:15

Jan Kröger

Kommen wir zum Abschluss noch zur Hörerfrage, die uns Thomas gemailt hat: *„Beim Anhören der letzten Folgen habe ich mich sehr gewundert, warum trotz all der Nachteile, die mit den wiederholten Nachimpfungen mit mRNA-Impfstoffen verbunden sind, der aus meinen eigenen Erfahrungen sehr empfehlenswerte Corona-Impfstoff von Novavax keine Rolle mehr spielt. Dabei ist doch“*, sagt zumindest Thomas, *„der Impfstoff von Novavax, die offensichtliche Lösung für das mRNA-Dilemma.“* Für alle, die in den letzten zwei Folgen nicht

dabei waren, ist erstmal dringend empfohlen, natürlich noch einmal die entscheidenden Studien in den letzten zwei Folgen sich kurz anzuschauen, jetzt aber zu Novavax als Impfstoff. Was ist zu der Alternative zu sagen?

Alexander Kekulé

Ja, also Novavax ist nach wie vor eine Alternative, noch mal zur Wiederholung. Das ist ja ein Impfstoff, der nicht auf messengerRNA-Basis ist, sondern das ist ein Protein, was künstlich hergestellt wurde, was speziell quasi in so ein kleines Fettbläschen verpackt wird, mit speziellen Adjuvantien, also Wirkverstärkern dazu. Und es ist wirklich ein guter Impfstoff. Ich sage mal, ganz ehrlich, ich habe wirklich gehofft, ja auch lautstark gehofft, dass die Leute, die bei den RNA-Impfstoffen gesagt haben, das ist mir zu neu, ich warte lieber erst mal ab, bis das richtig erprobt ist, nehmen stattdessen Novavax. Ich hatte gehofft, dass das dann einen Schub gibt, als das rauskam. Da habe ich mich aber geirrt, muss ich ganz offen sagen. Es scheint so zu sein, dass die Leute, die sich nicht impfen lassen wollten, ganz generell gegen Impfungen eingestellt sind. Und dann sagen: Ich halt gar nicht... es ist mir egal, ob das Zeug Novavax heißt, oder sonst wie. Da hatte ich die Nicht-Impfer in der deutschen Bevölkerung für differenzierter, sage ich mal so etwas kritisch, eingestuft. Und deshalb ist die Frage berechtigt. Jetzt muss man sagen, es gibt ja in dem Sinn kein mRNA-Dilemma, sondern es ist so, die RNA-Impfstoffe funktionieren. Sie schützen vor allem, wenn man irgendwie ein erhöhtes Risiko hat, ins Krankenhaus zu kommen oder gar daran zu sterben, an Covid, schützen Sie davor relativ gut. Da gibt es also eine Schutzwirkung, die nachgewiesen ist und eindeutig ist. Und deshalb ist es allemal besser, sich impfen zu lassen, statt jetzt irgendwie kam, das Virus zu kriegen und dann intubiert auf der Intensivstation rumzuliegen. Selbst wenn man nicht stirbt, ist das also alles andere als lustig und selbst eine sehr schwere Erkrankung, wenn man nicht ins Krankenhaus muss, oder nur auf der Allgemeinstation Sauerstoff bekommt, das braucht man ja alles nicht. Und deshalb kann ich nur sagen: Der Vorteil der Impfungen ist ja nicht geschrumpft dadurch, dass wir auch beim letzten und vorletzten Mal besprochen haben, wie sich jetzt so nach und

nach rauskristallisiert, warum es zu gewissen Nebenwirkungen kommt. Die Nebenwirkungen werden dadurch ja nicht häufiger, dass wir verstanden haben, warum sie entstehen, im Gegenteil. Man könnte sagen, es ist vielleicht sogar ein bisschen beruhigend, wenn man langsam versteht, woran es liegt. Also deshalb gibt es aus meiner Sicht jetzt nicht das mRNA-Dilemma. Eher so in die Zukunft die Aufforderung an die Hersteller, dass sie diese Fragezeichen, die wir jetzt haben, natürlich beantworten müssen, bevor dann die nächsten und übernächsten RNA-Impfstoffe hergestellt werden. Aber als Notmaßnahme in der Pandemie ist das in Ordnung. Der Hörer hat auch gesagt, die Nachteile seien mit wiederholten Nachimpfungen der mRNA-Impfstoffe verbunden. Das ist in der Tat so, dass wir eigentlich sauber belegt haben, nur die, die den positiven Effekt von der ersten Booster-Impfung, insbesondere wenn es darum geht, dann gegen Omikron Schutz zu haben, das ist die dritte Impfung insgesamt, bei den RNA-Impfstoffen. Beim zweiten Booster würde ich halt sagen, da muss man überlegen, wie lang war der erste oder auch die letzte Infektion her? Und wie ist mein individuelles Risikoprofil? Aber es geht ja sozusagen nur um die Nachimpfungen und diese Novavax-Impfstoffe, die sind ja zugelassen, muss man noch mal sagen, grundsätzlich in Deutschland, ab zwölf Jahren für die Grundimmunisierung und als Booster wird es eigentlich nur empfohlen, ab 18 von der Ständigen Impfkommission. Und da auch eher nur dann, wenn es eine Kontraindikation gegen messengerRNA-Impfstoffe gibt. Also die mRNA-Impfstoffe sind die erste Empfehlung. Warum? Weil die RNA-Impfstoffe eben angepasst sind, an Omikron. Das hat Novavax zwar angekündigt, dass sie das machen wollen, aber weil einfach weltweit die Umsätze nicht das gebracht haben, was sie erwartet haben, ist es einfach so, dass es sich verzögert, jetzt auch mit dem angepassten Novavax-Impfstoff. Also es gibt noch keinen, der gegen Omikron angepasst ist. Es wird ja auch immer schwieriger, Studien zu machen, wenn es immer weniger Patienten gibt. Und deshalb sagt die Stiko, meines Erachtens zurecht, wenn man jetzt was hat, was ein bisschen besser wirkt gegen Omikron, auch wenn es nur 10% sein sollten, bezüglich der Vermeidung von

Hospitalisierung oder so, dann gibt es trotzdem keinen Grund, das zu nehmen, was gegen den ursprünglichen Wuhan-Typ mal gemacht war. Also daher sage ich, wenn jemand aus welchen Gründen auch immer Bedenken gegen die RNA-Impfstoffe haben sollte, dann ist Novavax nach wie vor eine Alternative. Man nimmt in Kauf, dass es etwas weniger gut angepasst ist, an Omikron. Aber ich würde mal sagen der Hersteller selber sagt, es wirkt auch ganz gut gegen BA.5. Und ich würde mal sagen, so groß wird der Unterschied nicht sein, ob sie sich mit dem einen oder mit dem anderen boostern lassen.

Jan Kröger

Damit sind wir am Ende der 338. Ausgabe von Kekulé's Corona-Kompass. Vielen Dank, Herr Kekulé! Die nächste Folge erscheint dann am kommenden Dienstag. Bis dahin, tschüss!

Alexander Kekulé

Gerne bis dann, Herr Kröger!

Jan Kröger

Wenn Sie eine Frage haben, dann schreiben Sie uns. Die Adresse lautet mdraktuell-podcast@mdr.de oder rufen Sie uns an kostenlos unter 0800 300 22 00. „Kekulé's Corona-Kompass“ gibt es als ausführlichen Podcast unter *Audio & Radio* auf mdr.de, in der ARD Audiothek, bei YouTube und überall, wo es Podcasts gibt. Und wer das ein oder andere Thema noch einmal vertiefen möchte: Alle wichtigen Links zur Sendung und alle Folgen zum Nachlesen finden Sie unter jeder Folge unter *Audio & Radio* auf mdr.de.

MDR Aktuell: „Kekulé's Corona-Kompass“
--