

MDR Aktuell – Kekulé's Corona-Kompass

Dienstag, 30. November 2021
#250

Camillo Schumann, 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

Covid-19-Trends in Deutschland (RKI):

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Covid-19-Trends/Covid-19-Trends.html? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Covid-19-Trends/Covid-19-Trends.html?blob=publicationFile)

Dienstag, 30. November 2021

- Erstmals seit drei Wochen geht die deutschlandweite 7-Tage-Inzidenz leicht zurück. Haben wir den Kippunkt erreicht? Und was bedeutet die aktuelle Lage für neue Maßnahmen?
- Dann die Omikron Variante sorgt für Aufregung. Was wir darüber wissen.
- Außerdem: Die Europäische Arzneimittelbehörde EMA empfiehlt die Zulassung des Corona-Impfstoffs von BioNTech Pfizer für Kinder ab fünf Jahren. Was spricht für und was gegen eine Impfung von Kindern?

Camillo Schumann

Wir wollen Orientierung geben. Mein Name ist Camillo Schumann. Ich bin Redakteur, Moderator bei MDR Aktuell das Nachrichtenradio. Jeden Dienstag, Donnerstag und Samstag 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. Ich grüße Sie Herr Kekulé.

Alexander Kekulé

Guten Tag, Herr Schumann.

Camillo Schumann

Ja 250. Ausgabe heute – Jubiläum quasi. Hätten Sie am 16. März 2020 gedacht, dass wir uns jetzt 20 Monate später immer noch über die Pandemie unterhalten müssen? Also ich nicht um ehrlich zu sein.

Alexander Kekulé

Natürlich habe ich das vorher gesehen. Was denken denn Sie? (lacht) Nee, man kann ja so Einiges vorhersehen. Ich habe ehrlich gesagt ganz am Anfang dieser Pandemie gedacht – da ist noch gar nicht die Pandemie erklärt worden dieses Ausbruchs – habe ich wirklich gedacht, das wird so ähnlich wie bei SARS 2003. Bis Ende des Jahres ist der Käse gegessen, so die ersten Wochen meine Hoffnung. Ehrlich gesagt.

Camillo Schumann

Aber die Hoffnungen wurden ja leider nicht erfüllt. An dieser Stelle muss man wirklich mal ein großes Dankeschön an unsere Hörerinnen und Hörer aussprechen, die uns die Treue halten. Viele sind auch neu dazugekommen. Ich will mal nur drei kurze Mails vorlesen, die wir in den vergangenen Tagen bekommen haben. Die Frau K. hat uns geschrieben. Sie schreibt: „Die Ausführungen sind sehr verständlich und mit einer angenehmen Prise Humor gewürzt.“ Das ist doch schön, oder?

Alexander Kekulé

Nein, ich finde so viel Späße machen wir gar nicht. Ich hätte noch viel mehr auf der Pfanne, aber das dürfen wir ja hier nicht.

Camillo Schumann

Wir sollten uns ein wenig zurückhalten. Das stimmt. Aber nichtsdestotrotz zeichnet das, glaube ich, auch den Podcast aus. Was viele Hörerinnen und Hörer schreiben, dass man die aktuelle Lage so schwer sie auch ist, einordnet, aber trotzdem immer noch mit einem positiven Grundton. Ich glaube, dass ist wichtig. Das gelingt ihnen besser als mir, muss ich dazu sagen. Ich bin ja eher ein bisschen zurückhaltend.

Alexander Kekulé

Ich sehe es immer so ein bisschen historisch. Wissen Sie, ich habe natürlich mich intensiv

auch mit vergangenen Pandemien beschäftigt, weil wir die letzten Jahrzehnte viel Pandemieplanung gemacht haben. Und irgendwie ist der Mensch immer mit diesen Dingen klargekommen. Das waren zwar zum Teil fürchterliche Einschnitte, aber unser Immunsystem ... In das habe ich größtes Vertrauen. Und das wird auch letztlich dann gemeinsam mit den Impfstoffen auch mit diesem Virus klarkommen.

Camillo Schumann

N. hat geschrieben *„Ich habe im letzten Jahr viel durch sie viel gelernt, vielen Dank dafür.“* Und B. hat vor ein paar Tagen geschrieben und das finde ich wirklich spannend, was er schreibt. *„Ihr Podcast hat maßgeblich dazu beigetragen, dass ich mich habe impfen lassen. Ich war anfänglich v.a. wegen der unknown Unknowns zögerlich. Sie haben mich dann aber überzeugt.“* Das ist doch was oder?

Alexander Kekulé

Na wegen dem Einen hat es sich jetzt auf jeden Fall gelohnt. Haben Sie auch ein paar negative? Oder haben Sie die alle den Schredder gesteckt?

Camillo Schumann

Ganz zum Schluss der Sendung haben wir eine Anruferin, die was nicht ganz verstanden hat. Das ist schon Kritik, und das besprechen wir dann. Das muss man wirklich sagen. Fast im Minutentakt flattern wieder Mails mit ihren Fragen in unser Postfach. Wir geben unser Bestes, Ihre Fragen zu beantworten. Extra dafür gibt es ja jeden Samstag ein *Fragen Spezial*.

Herr Kekulé, die zweihundertfünfzigste Sendung wird eine Sendung, in der wir über eine neue Virusvariante sprechen müssen, über die EMA Entscheidung zur Impfung von Kindern und über das aktuelle Infektionsgeschehen, von dem es mal keine neuen Hiobsbotschaften zu vermelden gibt. Die deutschlandweite 7-Tage-Inzidenz ist erstmals seit drei Wochen minimal zurückgegangen, liegt aktuell bei 452,2. Rund 46.000 Neuinfektionen wurden dem RKI innerhalb von 24 Stunden gemeldet, etwa soviel wie vergangene Woche. Sie haben sich alle weiteren wichtigen Kurven angeschaut. Wie

fällt Ihre Bewertung aus? Haben wir den Kippunkt erreicht? Oder noch nicht?

Alexander Kekulé

Ich würde es gerne sagen, aber man muss ja immer sehr vorsichtig sein mit Prognosen. Sie wissen, v.a., wenn sie die Zukunft betreffen. Es ist so, dass wir ja schon seit einigen Wochen so ein bisschen rätseln, warum sich jetzt die Geschwindigkeit der Neuinfektionen verlangsamt. Und dieser Trend hat sich fortgesetzt oder andersherum gesagt: Es ist einfach ziemlich deutlich, dass die Inzidenz, die Neuinfektionen, die bremsen sich gerade ab. Wir haben jetzt eigentlich so ein Maximum gehabt, wenn man jetzt absolut nur die Zahlen vom RKI nimmt. Jeder weiß, dass die fehlerbehaftet sind – am 26.11. war, glaube ich, 402 das Maximum. Und seitdem geht es so ganz langsam wieder runter. Aber das Interessantere ist eigentlich: Das RKI veröffentlicht ja auch auf dieser Webseite, wo man sich die Daten anschauen kann. Übrigens noch mal. Ich habe es schon mal gelobt, aber an der Stelle wirklich, da haben sie ganz tolle Arbeit gemacht. Das ist also eine der in zwischen eine der besten Websites von allen Instituten, die weltweit so etwas veröffentlichen, am Anfang hatte man es gar nicht. Jetzt haben wir es wirklich sehr gut. Und auf dieser Seite kann man ja auch die Veränderung der Inzidenz sich anschauen, sozusagen wie sich die 7-Tage-Inzidenz von Woche zu Woche ändert. Und da muss man sagen seit 11.11. – ausgerechnet Karnevalsbeginn – ist das stetig rückläufig. Und da schaut man natürlich dann, wenn man so statistisch so etwas anschaut, genauer hin, weil eine stetige Abnahme dieser Zunahme, wenn Sie so wollen, dass die Veränderung stetig runtergeht. Und das ist schon ein Hinweis darauf, dass das ein Trend ist, der anhalten könnte. Oder andersherum gesagt: Ich will jetzt nicht zu optimistisch sein. Aber meine Hoffnung, die ich ja schon ein paar Mal geäußert habe, dass die Welle sich irgendwie selbst begrenzt, da die Politik ja nicht tut bisher, und das wird deshalb an Weihnachten etwas entspannter auf die Sache sehen, die ist noch nicht aufgegeben.

06:21

Camillo Schumann

Zumindest gibt es Hinweise. Nach wie vor der Landkreis mit der höchsten 7-Tage-Inzidenz ist der Landkreis Sächsische Schweiz / Osterzgebirge 2.133; gefolgt vom Landkreis Erzgebirgskreis: 1.950; dann Landkreis Bautzen usw. Der Epidemiologe der Uni Leipzig, Professor Markus Scholz, sieht in Sachsen jetzt auch bald eine Trend-Umkehr und war aus folgendem Grund:

„Also im Moment steuern wir – in Sachsen zumindest – ganz klar auf ein Durchseuchungs-Szenario hinaus. Also, dass mehr oder weniger ein Großteil der Bevölkerung immunisiert wird, entweder durch Ansteckung oder durch Impfung. Also nicht alle. Das ist also nicht richtig, dass sich alle anstecken werden. Aber ein großer Teil, sodass dann schon Herden Effekte auftreten, die die Pandemie stoppen. Allerdings ist das noch ein weiter Weg. Wir werden zwar den Höhepunkt bald erreicht haben, wir rechnen mit Ende Dezember, aber dann wird auch der Abfall der Zahlen, sehr langsam laufen.“

Also der Kollege ist nicht ganz so optimistisch, vielleicht vor Weihnachten. Er sagt dann eher nach Weihnachten, und der Begriff Durchseuchung fiel. Den nimmt man ja gar nicht so gern in den Mund.

Alexander Kekulé

Ja, das kann man schon so sagen. Das ist deshalb gefährlich, weil es ja immer wieder Leute gibt, die sagen: Wir brauchen uns nicht impfen, die natürliche Durchseuchung sei besser. Aber letztlich ist es so: Herden-Effekte, das hat mir eigentlich gefallen. Er spricht da ja nicht von einer Herden-Immunität, wie das fälschlich viele andere machen und v.a. lange auch gemacht haben, sondern von Herden-Effekten, die sehen wir meines Erachtens jetzt schon. Also, dass wir jetzt eben bundesweit sehen, dass es da so ein Maximum scheinbar jetzt erreicht sein könnte, sage ich mal, wäre so ein Herden-Effekt. Was ich nicht ganz versteh, ist – das kann ich jetzt natürlich aus der Tonspur nicht ablesen – wie er das gerechnet hat... Wenn man die bundesweiten Daten ansieht, dann

sieht es schon so aus, als hätten wir so einen Trend, der jetzt bundesweit schon Richtung Abbremsung, also jetzt die nächsten Wochen Richtung Abbremsung geht. Dass jetzt ausgerechnet Sachsen, was ja eine stärkere Infektions-tätigkeit im Moment hat, dass das dort später sein sollte, das Maximum – er sagte Ende Dezember – das wundert mich jetzt ein bisschen. Der eine Ausdruck: wir werden damit die Pandemie stoppen, habe ich gerade gehört. Das ist natürlich wahrscheinlich auch nicht so gemeint gewesen. Also es geht um den Übergang zwischen dieser quasi explosiven pandemischen oder epidemischen, wenn wir uns auf das lokale Geschehen beziehen, epidemischen Aktivität zu einem eingeschwungenen Zustand, wenn ich mal so sagen darf, ein *steady state*. Das nennen wir dann eben Endemie. Ich muss aber ein bisschen davor warnen. Also wir gucken ja jetzt schon wieder, obwohl der Bundesgesundheitsminister, der geschäftsführende, gesagt hat wir sollen es nicht mehr tun. Wir gucken ständig auf die Inzidenzen. Die Inzidenz ist ja so ein sehr nervöser Zeiger, wenn ich mal so sagen darf. Etwas weniger empfindlich ist im Vergleich dazu der R-Wert. Und der ist ja jetzt ganz aktuell auch unter 1 gesunken. Zumindest wenn man mal diese Prognose sich ansieht. Auch der ist stetig gesunken. Seit 17.11. habe ich noch mal nachgeguckt. Also etwa eine Woche später, als die 7-Tage-Inzidenz hat der sich auch nach unten bewegt, aber auch wirklich stetig. Also da gibt es keine Ausreißer, sondern er geht langsam runter. Von der Berechnung her ist es klar, dass der ein bisschen nachläuft, also der R-Wert ist relativ noch träger als die 7-Tage-Inzidenz. Und dann noch träger ist natürlich dann, weil es zeitversetzt ist, dann die Belegung der Krankenhäuser und Intensivstationen. Da muss man auch sagen das steigt zwar noch, aber ist in dem Bereich, wo auch da man nicht den Eindruck hat, wie die Prognosen von einigen Kollegen jetzt aussahen, so vor einer Woche so völlig durch die Decke geht. Wir haben ja im Moment in sieben Tagen eine Zunahme dieser Intensivstationsbelegungen um ungefähr 1,

also 0,94, sagt das RKI. Noch einmal zur Erinnerung: Also wir sind jetzt bei einer IST-Belegung von 5,36 pro 100.000 Einwohner im Bundeschnitt, ja, muss man sagen. Und wenn man sich das anschaut, wenn das jetzt wirklich so wäre, dass wir bei der Inzidenz im Moment gerade so ein Maximum erreichen sollten, wofür Einiges spricht. Hoffentlich geht es dann auch nicht noch weiter hoch. Dann hieße das, dass wir noch so zwei Wochen Nachlauf haben bei den Intensivstationen. Dann würde das zwischen 7 und 8 ungefähr landen. Das wäre also überhaupt nicht mein Vorschlag, dass man das ausprobiert oder Ähnliches. Aber das würden wir sozusagen bundesweit von der Kapazität irgendwie noch verkraften. So ähnlich sieht es auch bei den Hospitalisierungen aus. Da will ich jetzt nicht die Zahlen runterbeten. Bei den Hospitalisierungen gibt es einen starken Meldeverzug, also für diejenigen, die sich das auf der Webseite anschauen. Die werden vielleicht sagen: Hui, die Hospitalisierungen nehmen ja ab seit einer Woche. Das liegt an den Meldeverzug. Also, das kann man jetzt im Moment noch nicht sagen. Aber ich würde mal so sagen, wenn man jetzt beim Segeln wäre, würde man sagen, wir segeln hart am Wind, und wir könnten knapp die Tonne nehmen bei der Wende, ohne auf der falschen Seite vorbeizufahren. Da es hier aber um Leben und Tod geht, würde ich dringend davor warnen, das zu sportlich zu machen, sondern da brauchen wir ein Sicherheitsabstand. D.h., wir können hier auf Maßnahmen, die also den Abstand sozusagen zur Disqualifikation oder umgekehrt dann zu einer unkontrollierbaren Überlastung der Intensivstationen sichern. Diese Maßnahmen, die können wir nicht weglassen.

Camillo Schumann

Weil Sie gerade Hospitalisierungsinzidenz von 7-8 in den Mund genommen haben. Also zum Vergleich: die höchste 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz lag bei 12-13. Nur mal so zum Vergleich.

Alexander Kekulé

Ja, das war letztes Jahr, das ist ja auch ein interessantes Thema, wo ich, ehrlich gesagt, nicht

ganz verstehe, warum das nicht mal genau auseinandergenommen wird. Es heißt ja immer, wir haben jetzt weniger Betten als früher. Und da muss man sich schon die Frage stellen: Wieso gibt es eigentlich jetzt in dieser Lage, wo wir ja jetzt viel mehr Zeit zur Vorbereitung hatten, weniger Betten? Die Antwort ist dann immer: Ja, wir haben weniger Personal. Aber es ist ja bekannt, dass es dann Rückfragen bei den Ländern gab, auch weil erhebliche Zuschüsse geflossen sind für die Bereitstellung von Intensivbetten, wie genau diese Zuflüsse verwendet wurden, warum jetzt das Personal weg ist, wo das Personal weg ist. Und wenn man den Mitteilungen da aus dem Gesundheitsministerium glauben mag, wo ich jetzt keinen Grund daran habe zu zweifeln, dann ist es so, dass die Länder nicht bereit waren, da die Daten im Einzelnen zur Verfügung zu stellen. Wie auch immer, ob es jetzt die Länder sind oder sonst wer. Ich würde schon mal genau sehen, woran liegt das? Weil ich kann jetzt nicht nachvollziehen, dass da jetzt so viele Leute gekündigt haben sollen. Klar ist ein Faktor, der eingetreten ist, dass da ungünstigerweise – ich glaube, seit Februar dieses Jahrs gilt der neue Intensivschlüssel. Ich meinte, das war schon länger, sozusagen beschlossene Sache. Und das führt dann dazu, dass jetzt rein numerisch gesehen, das Pflegepersonal weniger Intensivbetten betreuen muss, sodass die Krankenhäuser, wenn sie dann mit spitzem Bleistift rechnen, einfach auf dem Papier plötzlich weniger Betten ausweisen aufgrund dieses eigentlich für die Patienten natürlich letztlich besseren Personalschlüssels. Weil ein Intensivpfleger dann weniger Betten zu betreuen hat. Andererseits ist das natürlich eine Maßnahme, da muss man schon in der Pandemie sozusagen, in einer Notsituation sagen: Ja, das ist nice to have, aber dass ausgerechnet jetzt zu implementieren ist vielleicht ungeschickt. Und natürlich wissen wir auch, dass die Krankenhäuser sehr viel Geld bekommen haben für die Bereitstellung von Intensivbetten. Wir wissen auch, dass da zumindest lokal nicht ganz alles mit rechten Dingen zugegangen ist. Die haben zum Teil Betten gemeldet wohl, die es gar nicht gab.

Und jetzt muss man natürlich schon die Frage stellen, wenn jetzt plötzlich diese Betten alle weg sind, waren das Potemkinsche Dörfer? Sind die wirklich weg? Liegt es am Personalschlüssel? Oder sind uns wirklich die ganzen Pfleger von der Stange gesprungen? Also das hätte ja unterschiedliche Maßnahmen zur Folge. Und es wundert mich, dass das nicht genauer analysiert wird, woran es genau liegt.

14:47

Camillo Schumann

Mit anderen Worten, wenn ich es so durchhöre, hätten wir denselben Stand mit der Kapazität der Intensivbetten von vor einem Dreivierteljahr beispielsweise, würden wir jetzt bei nahe Hospitalisierungsinzidenz, die wir aktuell haben, möglicherweise noch gar nicht nach noch drastischeren Maßnahmen rufen?

Alexander Kekulé

Naja, was wir jetzt haben, ist schon ein bisschen anders als in der berüchtigten zweiten Welle, wo wir wirklich viele Tote in Deutschland hatten. Wir haben jetzt so eine sehr starke regionale Belastung. Und Sie haben ja gerade das Beispiel Sachsen genannt. Das ist schon, sage ich mal, krass, wenn man sich anschaut, wie jetzt in einigen Regionen Sachsens oder Thüringens oder Bayerns, im Osten Bayerns wirklich Notstand – anders kann man es nicht sagen – herrscht in den Krankenhäusern und anderswo ist da noch Luft. Also, das ist mehr ein sehr stark regionales Problem. Wobei ich diesmal nicht glaube, dass sich das dann wie eine Welle durch die ganze Republik ausbreiten wird. Wir hatten ja vorher diese regionalen Probleme auch schon, als es um die Frage geht, wie groß ist die *Compliance* mit den nicht-pharmazeutischen Interventionen? D.h. also auf Hochdeutsch, wie sehr akzeptieren die Leute die Masken und die Abstandsregeln usw.. Da waren es ja genau die gleichen Regionen, muss man sagen, wo auch schon Menschen waren, die sich verweigert haben. Oder damals sagte man *verweigert*. Heute sage ich nicht so gerne Impf-Verweigerer, sondern „die haben sich halt anders entschieden“. Aber wie auch immer scheint es schon so die gleiche

Gegend zu sein, wo man zuerst gesagt hat, wir machen bei den Maßnahmen nicht mit. Jetzt macht man bei den Impfungen nicht mit. Damals war es aber so, dass diese Welle dann nach und nach irgendwie alle erwischt hat. Wenn man sich erinnert, gab es dann so Regionen gerade im Osten. Die haben zum Teil dann sich gefreut, dass bei ihnen noch alles in Ordnung ist, während im Westen der Blitz eingeschlagen hat und dann umgekehrt. Ich glaube, diesmal wird es nicht so sein, sondern diesmal sehen wir wirklich diese Schwerpunkte, die wir eben haben, in den genannten drei Bundesländern. Brandenburg hat auch regional solche Probleme. Aber es wird, glaube ich, eher bei den regionalen Problemen bleiben, weil die anderen das halt durch relativ hohe Impfquoten abgefedert haben und vielleicht auch eine Bevölkerung haben, die bei der Kontaktreduktion eher von sich aus vorsichtiger ist.

Camillo Schumann

Weil Sie gerade gesagt haben durch die hohen Impfquoten dann in den westlichen Bundesländern, wird es diese Welle nicht geben. Die Physikerin Viola Priesemann berät ja die Bundesregierung in Sachen Pandemiebekämpfung und Frau Priesemann die hatten wir ja auch schon hier mal im Podcast zu Gast. Und sie sagt Folgendes:

„Jede Welle geht irgendwann zurück. Im Zweifel über natürliche Immunisierung. Aber selbst bei einer Tausender-Inzidenz, die wir ja in manchen Bundesländern haben, selbst bei der Tausender-Inzidenz gibt es 1% nur pro Woche, die natürlich immunisiert ist. Plus die Krankenhaus- und Intensivbelastung ist massiv. Über das Impfen können wir 1-2% am Tag und nicht die Woche erreichen. Das ist viel, viel schneller. Und insofern würde es extrem helfen, um die Fälle früher zu brechen und auch natürlich, um das Gesundheitssystem zu entlasten.“

Sachsen könnte da noch eine Schippe drauflegen, um quasi vor die Durchseuchung zu kommen.

Alexander Kekulé

Ja, das Impfen hilft auf jeden Fall. Also ich

würde die Frau Priesemann da natürlich bei der Intention die sie verfolgt hundertprozentig unterstützen. Ich kenne die Überlegungen. Da muss man immer ein bisschen aufpassen, wenn man so einfach so die Zahlen nimmt, die das Robert-Koch-Institut veröffentlicht und das dann in seine Daten eingibt. Das ist ja immer das Problem bei allen Modellierungen, wo die Daten herkommen. Also natürlich ist die Dunkelquote bei den Infektionen viel, viel höher als bei den Impfungen. Ich glaube nicht, dass sich Leute heimlich impfen lassen. Und es gibt natürlich auch noch eine riesige Zahl von Personen, die bereits immunisiert waren oder sind durch natürlich Infektionen, gerade in den Regionen, wo man sich nicht so richtig an die Maßnahmen zuerst gehalten hat und jetzt nicht impfen lassen will. Diese Faktoren einzuschätzen ist extrem schwierig, aber dann aufgrund der sozusagen gemeldeten Zahlen so eine Aussage zu machen: Wir sind mit der Impfung schneller als das Virus. So kann man es ja mal grob sagen. Die Ärzte sind schneller als die Viren. Da wäre ich ein bisschen vorsichtig, aber trotzdem: Egal, wie das dann akademisch sozusagen zu bewerten ist. Unterm Strich, dass die Frau Priesemann einen Aufruf zur Impfung macht, ist natürlich richtig.

19:12

Camillo Schumann

Die Frage ist ja: brauchen wir in so einer Situation wirklich noch strengere Maßnahmen? Das Infektionsschutzgesetz wurde erst verändert, und den Ländern wurde ein rechtlich solider Instrumentenkasten an die Hand gegeben, den aber nicht alle Länder voll ausschöpfen. So sieht zumindest Grünen-Chef Robert Habeck und verweist auf volle Fußballstadien. Nach Aussagen von Habeck hätten die Länder die Möglichkeit gehabt, Spiele vor leeren Rängen stattfinden zu lassen, haben es aber nicht umgesetzt. Beobachten Sie das auch?

Alexander Kekulé

Ja, also. Da gibt es natürlich eine ganz massive Diskrepanz. Einerseits schwören alle, sie wollen alles tun, damit die Schulen nicht wieder geschlossen werden, und zwar mit gutem Grund.

Andererseits machen sie erstens für die Schulen zu wenig. Da brauchen wir jetzt nicht noch einmal drüber reden. Aber zweitens ist dann natürlich ein bisschen mit zweierlei Maß gemessen, wenn dann riesige Fußballspiele stattfinden. Natürlich eine Veranstaltung im Freien ist mal grundsätzlich sicherer als eine Veranstaltung im geschlossenen Raum. Andererseits, so wie ich die Bilder von den Stadien gesehen habe, ist es ja so: Die waren ja sehr vollgepackt. Die Leute saßen wirklich Schulter an Schulter, und jeder weiß, dass ein Fußballspiel 15 Minuten Pause hat und man üblicherweise doch auch während der Halbzeiten da großen Flüssigkeitsbedarf hat. Und die Flüssigkeit muss dann wieder raus. Also wer irgendwie weiß, wie es da auf den Toiletten draußen zugeht, die natürlich nicht im Freien sind, kann sich vorstellen, dass da also die 1,5 Meter nicht gewahrt werden. Und ob die dann alle die Maske aufhaben, wenn sie da alleine sind oder nicht mehr unter Beobachtung ist auch die Frage.

Drum ist natürlich schon so, dass so ein Fußballspiel potenziell Infektionsgefahr darstellt, bei dieser irrsinnigen Dimension, anders als wenn ein paar Leute im Freien spazieren gehen und natürlich auch vom Signal her. Ja also, ich glaube schon, dass... Wir reden hier so ernst über die Pandemie und die Frau Priesemann natürlich beschäftigt sich ja auch von Anfang an sehr intensiv damit. Da verliert man dann so ein bisschen den Blick dafür, wie vielleicht andere Menschen das sehen, die irgendwie die Nachricht jetzt einfach verinnerlicht haben: Die Pandemie ist vorbei. Ich bin geimpft, und jetzt ist Schluss mit Ärgern über dieses Virus. Da ist es ein falsches Signal, solche Spiele stattfinden zu lassen.

Camillo Schumann

Wenn die Bundesländer trotz Maßnahmen auch nicht einheitlich agieren und auf möglicherweise notwendige bzw. auf die sich zuspitzende Infektionslage im Land nicht adäquat reagieren, muss möglicherweise dann wieder eine Entscheidung aus Berlin kommen. Heute Nachmittag gibt es ein Telefonschaltgespräch zwischen

den Ländern, der Kanzlerin und dem baldigen Kanzler Olaf Scholz. Die Schaltleiste ist deshalb heute Nachmittag, weil das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Bundesnotbremse abgewartet werden sollte. Da gab es ja nun mehrere Verfassungsbeschwerden. Und dieses Urteil ist nun raus. Es lautet:

„Die Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen der Bundesregierung vom Frühjahr dieses Jahres wurden als verhältnismäßig bewertet. Auch die Schulschließungen waren rechtmäßig. Die Beschwerden gegen die Bundesnotbremse wurden zurückgewiesen.“

Aber d.h. jetzt nicht, dass eine neue Bundesnotbremse einfach wieder so in Kraft treten kann oder beschlossen werden kann. So zumindest schätzt das Frank Bräutigam aus der ARD-Rechtsredaktion ein.

„Ganz wichtig ist für künftige und jetzige Maßnahmen, dass man alle mit der aktuellen Lage begründen muss. Diese Entscheidungen heute beziehen sich auf das Frühjahr 2021. Und wenn jetzt z.B. die Politik den Plan hätte, wieder Ausgangsbeschränkungen oder sogar Schulschließungen zu beschließen, da müsste man sehr genau begründen, warum so eine äußerste Gefahrenlage auch jetzt da ist – trotz des hohen Impfstatus. Aber natürlich sind die Kliniken voll, und da müsste man dann Gründe auf den Tisch legen.“

Kurz nachgefragt, ohne jetzt zu sehr ins Detail gehen zu wollen: Wäre so eine ähnliche Gefahrenlage wie bei der Bundesnotbremse aktuell gegeben?

23:06

Alexander Kekulé

Man muss wirklich im Einzelnen das begründen. Ich hatte jetzt gerade, als Sie gesagt haben, jetzt kommt der O-Ton von Herrn Bräutigam, schon einen Schrecken bekommen, weil ich habe echt versucht, vor der Aufnahme dieses Podcasts dieses Urteil zu lesen und zu verstehen. Und habe es dann ehrlich gesagt aufgegeben, weil das sehr, sehr detailliert ist. Und wir werden es wohl am Donnerstag genauer besprechen. Jetzt habe ich gerade gedacht:

Mensch, der Bräutigam hat das alles durchgelesen in der kurzen Zeit. Aber das, was er da gesagt hat, war schon vorher klar. Also es war vorher natürlich klar, dass immer ein Gesetzgeber anhand der aktuellen Lage seine Maßnahmen treffen muss und dass da die Grundrechte abgewogen werden müssen. Das, was ein Jahr vorher Stand war oder ein paar Monate später, kann natürlich nicht Basis der Gesetzgebung sein. Und das steht nicht explizit in dem Urteil drinnen, aber das ist sowieso klar gewesen. Was in dem Urteil schon drinnen steht, und das ist schon ein ganz erstaunlich, ist, dass man der Bundesregierung sozusagen sehr viel Freiheit gibt bei der Feststellung der wissenschaftlich erforderlichen Dinge. Das ist ja der Punkt, wo eigentlich immer gestritten wurde, sage ich auch ganz offen, zwischen RKI und mir, mal in die eine Richtung, mal in die andere Richtung. Aber auch andere Fachleute hatten unterschiedliche Vorstellungen. Und da ist das Bundesverfassungsgericht gar nicht reingegangen, sondern die haben einfach gesagt: Aus Sicht des Gesetzgebers war das damals fachlich angezeigt. Das eine Beispiel hat mich gewundert, dass die das quasi durchgewunken haben: Die nächtlichen Ausgangssperren. Da haben ja einzelne Verwaltungsgerichte schon gesagt, dass das nicht unbedingt in Ordnung ist, die Leute von 22 Uhr bis 5 Uhr morgens zuhause zu halten, generell pro Landkreis auf Basis irgendwelcher Inzidenzen. Das war in dem Fall, wenn die Inzidenz über 100 gegangen ist. Das hat mich gewundert, dass das Verfassungsgericht da einfach gesagt hat: Ja, es ist in Ordnung, und darum habe ich da versucht, z.B. mal zu suchen. Wie ist denn die Begründung? Und da sagen Sie einfach: Zum damaligen Zeitpunkt erschien es dem Gesetzgeber angemessen, das zu machen. Das wird noch eine längere Diskussion geben. Ist ja bekannt, dass einige Parteien das nicht so gesehen haben, dass diese Ausgangssperre so in dieser generellen, automatischen, mechanistischen Form in Ordnung ist. Und der Herr Harbarth, der neue Präsident, wird da sicherlich noch ein bisschen erklären müssen, wie das genau gemeint ist. Aber wenn man so eine Situation hat, wo hier ja doch in

ungewöhnlicher Weise der Gesetzgeber sehr weit ins Detail gegangen ist...Also er hat ja diesen Automatismus eingebaut. Hundert heißt ihr müsst das und das machen. Da hat er ja letztlich die Exekutive umgangen an der Stelle. Die Frage der Gewaltenteilung ist lange diskutiert worden. Aber wenn er das macht, ist das natürlich immer ein Problem, weil das nicht justiziabel ist. Ja, also wenn irgendwo lokal die Exekutive was anordnet, das Gesundheitsamt oder irgendein Ministerium, dann kann man es ja immer gerichtlich überprüfen lassen. Aber wenn es so im Gesetz steht, dann hilft eigentlich nur noch das Bundesverfassungsgericht. Und das ist ja keine reguläre Instanz, wo man so eine Art Berufung machen könnte. Deshalb ist es schon kritisch, finde ich, dass man so diesen Mechanismus da drinnen hat. Gerade dann ist es meines Erachtens wichtig, ob der wissenschaftlich begründet ist. Und das hat das Verfassungsgericht komplett außen vorgelassen. Die haben einfach gesagt, es kommt auf die subjektive Brille der Gesetzgeber an. Oder anders herum gesagt, wenn das Robert-Koch-Institut sagte, wir brauchen das, dann darf das Parlament das beschließen. Also interessanter Punkt. Das werden wir noch besprechen. Aber unterm Strich, ja, brauchen wir generell jetzt eine neue Notbremse? Ich glaube, wir brauchen einen Instrumentenkasten. Das haben wir auch schon viele Andere gesagt. Wir brauchen natürlich das Instrument Kontaktbeschränkungen und von diesen ganzen Kontaktbeschränkungen die Sinnloseste ist einfach, Leute nachts einzusperrern oder ihnen das Spazierengehen zu verbieten oder Ähnliches. Aber bei der Frage, die ja auch vom Verfassungsgericht jetzt bejaht wurde, ob man Kontaktbeschränkungen in der Weise machen darf, dass sich nur noch bestimmte Personen von Haushalt zu Haushalt treffen. Also da gab es ja mal die Regel, nur noch eine Person pro Haushalt, Kinder nicht mitgerechnet ab Inzidenz von 100. Wahrscheinlich werden wir so eine Art von Instrument weiterhin brauchen. Und es wird mich nicht wundern, wenn das sozusagen zumindest den Ländern zur Verfügung gestellt wird, als Ergebnis der heutigen Beratung.

Camillo Schumann

Da können wir ja nicht vorausgreifen, weil wir wissen nicht, wie die Beschlüsse fallen werden. Zur Aufzeichnungen des Podcasts hat diese Beratung noch nicht angefangen. Was wir aber wissen, dass im Vorfeld dieser Beratung Grünen-Chef Robert Habeck etwas vorgeschlagen hat, was man demnächst jetzt einführen sollte wir hören mal kurz rein.

„Ich halte es für richtig, wenn die Weihnachtsferien in den Ländern, wo die Inzidenzen sehr hoch sind, vorgezogen werden. Das können die Länder unterschiedlich machen. Baden-Württemberg, und das halte ich für eine sehr kluge Idee, wird die letzte Woche vor den Schulferien zum Impfen der Kinder nutzen, jedenfalls das Angebot bereitstellen. Natürlich sollten auch Betreuungsangebote möglich sein. Aber dass man die Schulferien verlängert, wird sicherlich in vielen Ländern immer mehr beschlossen werden, etwas abhängig von der Infektionslage. Das ist dann nicht eine verordnete Schließung, aber hätte den gleichen Effekt.“

Also Weihnachtsferien vorziehen, gegebenenfalls verlängern. Würden Sie sich dem anschließen?

28:53

Alexander Kekulé

Ja, das kommt einfach auf die Situation an. Das ist eine Ultima Ratio. Ich glaube, Herr Habeck hat es mit den ganzen Einschränkungen, die er dann hinten dazu gesagt hat, schon richtig formuliert. Die Länder sollen das je nach Infektionslage dann individuell beschließen. Das ist ja gerade der Unterschied zu dem vorherigen Gesetz, was vom Verfassungsgericht jetzt geprüft wurde, das es kein Automatismus ist. Da gab es ja den Automatismus, dass man ab einer Inzidenz von 100 Wechselunterricht machen musste und ab 165 dann den Präsenzunterricht nicht mehr machen durfte. Ich wäre da jetzt mal vorsichtig, zur jetzigen Situation nach Schulschließungen zu schreien. Ich weiß, jetzt sind alle nervös. Jetzt kommt auch noch dieses Omikron, wo wir gleich noch mal drüber reden werden. Aber lassen Sie uns doch erst einmal diese Zahlen anschauen. Wie verändert sich

die Inzidenz? Im Moment sieht es so aus, als würde das von selber ein Plateau erreichen. Man kann in der Politik, das haben wir ja in der Ära der letzten Bundeskanzlerin auch gelernt, durch langes Hände in den Schoß legen, Dinge auch zur Selbsterledigung bringen. Und hier ist es ganz mechanistisch, so Frau Priesemann hat es ja vorhin kurz dargestellt, dieses Virus begrenzt sich einfach selber. Ja, das läuft sich tot sozusagen, indem es halt dann niemand mehr findet oder nicht mehr so viele Menschen findet, die es infizieren kann. Wenn es nur noch um die Infektionsquote von Geimpften und Genesenen geht, ist es halt nicht mehr so effektiv. Und deshalb glaube ich, dass wir schon hoffen können, dass wir um die Schulschließungen rumkommen. Ich wäre dagegen die jetzt schon zu beschließen. Sondern wir müssen uns aufmerksam beobachten und vielleicht dann relativ kurzfristig die Schulen zumachen. Es ist ja keine Weihnachtsprognose, sondern einen Weihnachtswunsch. Falls der nicht in Erfüllung geht, dann machen wir halt eine Woche früher Ferien.

Camillo Schumann

Also Schulschließungen und Ferien, das sind so zwei Begriffe, die dasselbe meinen. Aber hier in dem Fall ist sind es wirklich die Ferien, die vorgezogen werden. Aber die Konsequenz wäre: Die Schule wäre zu.

Alexander Kekulé

Naja, das ist eine Schulschließung. Ja, das muss man immer schön formulieren. Ich habe so ähnlich gedacht wie der Herr Habeck, als ich zum ersten Mal vorgeschlagen habe, dass wir Lockdown machen, der Begriff ist bei mir am Küchentisch erfunden worden damals. Ich habe das ja auch Corona-Ferien genannt. Das ist natürlich ein Euphemismus, aber aus damaliger Sicht erschien mir der militärische Ausdruck Lockdown erstens zu martialisch, um das öffentlich so zu vertreten. Zweitens erinnert ein bisschen an Wuhan. Dort hat man das Lockdown genannt. Und drittens ist es rein technisch, da will ich jetzt nicht noch einmal drauf eingehen, nicht ganz richtig, weil beim Militär Lockdown ein bisschen was anderes ist.

31:38

Camillo Schumann

Sie haben schon gesagt Omikron, da reden wir jetzt drüber. Eine neue Variante des Coronavirus. Diese Variante ist das erste Mal in Südafrika nachgewiesen worden und vergangene Woche von der Weltgesundheitsorganisation WHO zur besorgniserregenden Variante eingestuft worden. Und bevor wir über diese Variante sprechen mit allen Details erst einmal, wieso eigentlich dieser Name: Omikron. Seit dem Februar werden ja neue Varianten nach dem griechischen Alphabet benannt. Das wissen wir. Die neue Virusvariante wäre eigentlich jetzt der dreizehnte Buchstabe im griechischen Alphabet, die nach diesem Schema benannt wird. Aber Omikron ist der fünfzehnte und nicht der dreizehnte Buchstabe des griechischen Alphabets. Die Erklärung, warum zwei Buchstaben übersprungen wurden, ist doch ziemlich spannend. Oder? Mit der Umstellung, wollte man eigentlich die Stigmatisierung bestimmter Regionen und Länder aufheben. Und das Gleiche wollte man der jetzt auch wieder, oder? Wenn ich das richtig verstanden habe.

Alexander Kekulé

Da haben natürlich einige darüber geschmunzelt, auch Virologen echt ätzend drüber [ausgelassen, Anm.d.Red.]. Also Omikron, das kleine „o“, das kommt ja im Griechischen so ein bisschen anders als bei uns. Also Kappa, Lambda, My, Ny und dann kommt nicht O bei denen, sondern als nächstes Xi [K, Λ, M, N, Ξ; Anm. d. Red.]. Und da ist einfach ein Buchstabe mehr im griechischen Alphabet als bei uns an der Stelle. Also K, L, M, N, O bei uns. Und ja, das My war das letzte, das hatten wir hatten ja hier auch schon mal besprochen, da aus Südamerika. Und nach My hätte jetzt theoretisch unser Ny kommen sollen. Das Blöde ist nur, dass im Englischen das Ny (was wir als „ni“ aussprechen, zumindest die, die altgriechisch hatten), da sagen die im Englischen „new“ dazu. Und keine Ahnung, warum die das so aussprechen. Ich bin ganz sicher, dass die alten Griechen das so wie wir [ausgesprochen haben] und nicht wie die Engländer. Und weil aber das auf Englisch so ähnlich klingt wie „neu“, haben

sie gesagt: Nein, das geht gar nicht, sonst heißt es „neues Virus“. Und dann kam eben als nächstes dieses ganz schwierige Xi (Ξ, ξ). Im Deutschen würde man es „ksi“ aussprechen, man schreibt es aber Xi. Und zumindest die Engländer schreiben Xi, wenn sie den meinen. Der Buchstabe sieht ja im Griechischen so ein bisschen ulkig aus [s.o., Anm. d. Red.]. Physiker wissen das, weil sie die ganzen Buchstaben immer als Abkürzungen für alles Mögliche in der Physik verwenden. Ja, und dieses Xi ist eben jemand, der eigentlich ganz anders ausgesprochen wird, nämlich Xi Jinping [spricht: Shi Tschinping; Anm. d. Red.]. Ich hoffe, ich habe das jetzt richtig gesagt, der chinesische Staatspräsident ausgerechnet, und das kann ich mir schon vorstellen, dass sie das heiße Eisen nicht anfassen wollten. Das hätte Donald Trump natürlich gefreut, wenn das Virus dann Xi heißt, weil die Amerikaner hätten das sicher so ausgesprochen. Naja, wie auch immer, haben sie jetzt aus politischer Correctness – das ist ja das, was sich weltweit zurzeit durchsetzt – sind sie jetzt noch eins weitergegangen. Wird natürlich schlimm, weil wir jetzt schon bei Omikron sind. Viel ist da nicht mehr. Sind wir bald bei Omega, also das große O, bekanntlich der letzte Buchstabe des griechischen Alphabets. Man sagt ja auch das ist das A und O von einer Sache. Damit meint man der Anfang und das Ende, das Alpha und das Omega. Und bei Omega ist dann *finito*. Ich weiß nicht, wie viele Buchstaben zwischendurch noch mit irgendwelchen Staatschefs oder sonstigen wichtigen Namen assoziiert werden. Also langsam sind wir am Ende des Alphabets angelangt.

Camillo Schumann

Und kurz nachdem die WHO Omikron als besorgniserregende Variante eingestuft hatte, haben die EU-Staaten, die USA, Russland, Reisebeschränkungen für Passagiere aus einigen südlichen Ländern des afrikanischen Kontinents beschlossen oder zumindest angekündigt. Deutschland hat Südafrika, dann relativ zeitnah noch weitere südliche Länder zur Virusvarianten-Gebieten erklärt. Fluggesellschaften dürfen damit im Wesentlichen nur noch

deutsche Staatsbürger oder in Deutschland lebende Person von dort nach Deutschland befördern. Das ist kein Flugverbot und für Einreisende gilt dann hier eine zweiwöchige Quarantäne. Und die kann man jetzt auch nicht mit einem negativen Test verkürzen. Also zwei Wochen muss man definitiv zu Hause bleiben. Wie schätzen Sie eigentlich so die internationale Reaktion auf Omikron ein? Dieses Mal ging es ja relativ schnell.

Alexander Kekulé

Also Deutschland war da richtig schnell. Auch das kann ich nur mal positiv vermelden. Am Dienstag kamen die Daten raus. Ich habe selber auch nur so diagonal gelesen. Dann hatte ich selber Mittwoch, Donnerstag viel zu tun. Und Freitag früh kam ich jetzt selber dazu. Das habe ich ja bei Twitter dann veröffentlicht, dass wir unbedingt eine Einreisesperre hier brauchen bzw. ein Variantengebiet ausweisen müssen. Und innerhalb weniger Stunden, also ungefähr zugleich, möchte ich mal sagen, hat das Robert-Koch-Institutes das Gleiche beschlossen. Und das ist ungewöhnlich, dass die so wirklich zack, zack ... Wenn Sie sich da mal erinnern an die Anfangszeit, als wir die Situation hatten, dass zuerst die Einreisenden aus Wuhan einfach nicht kontrolliert wurden, dann hatten wir die Einreisenden aus Teheran, die noch nach Deutschland konnten, wo damals eine gruselig hohe Inzidenz war. Bei uns war intern schon Lockdown, aber die Flüge kamen noch täglich aus Teheran an. Dann hatten wir das Problem mit den Importen aus Norditalien, wo man die Risikoregionen einfach viel zu spät ausgewiesen hat. Dann im Sommer 2020 war es ja so, dass man einfach zugesehen hat, wie massenweise Importe stattgefunden haben mit der bekannten Herbstwelle als Folge. Oder das war eine der Ursachen. Und diesen Sommer das gleiche Trauerspiel noch mal. Da hat man auch, während in Spanien und verschiedenen Regionen Europas insbesondere die Inzidenzen hoch waren, einfach zugesehen, wie diese Delta Variante einfach in sehr großer Zahl importiert wurde. Und im Vergleich dazu muss ich sagen: Hey, da waren sie sehr schnell, und das ist auch richtig so. Man muss einfach

sagen, das ist eine präventive Maßnahme. Wenn Sie so wollen, ist man hier höchst vorsorglich. Die Juristen sagen immer gerne „höchstvorsorglich“. Man glaubt eigentlich nicht, dass es wirklich nötig ist, aber für alle Fälle, weil einfach die *Downside* wirklich so schlimm wäre. Wenn jetzt eine neue Variante käme, die wir wieder möglicherweise immunologisch nicht in den Griff bekommen, dass man sagt: Wir machen es zur Sicherheit. Jetzt prüfen wir nach, wie gefährlich dieses Omikron ist. Und wenn wir das überprüft haben, hoffen wir alle – also zumindest die Fachleute, mit denen ich unmittelbar zu tun, habe sehen das so. Wir hoffen alle, dass wieder Entwarnung gegeben werden kann. Das hat man vielleicht, wenn sie nach der weltweiten Reaktion fragen, nicht ganz so konsequent gemacht, sondern dann schon sehr laut die Alarmglocke geläutet, so dass sie ein, zwei Schritte zurückgehen und sagen, naja, wir haben ja nur mal zur Sicherheit. Und jetzt machen wir die Grenzen wieder auf. Das wird relativ schwierig. Und in Südafrika beschwert sich Ramaphosa, der Präsident, sich natürlich jetzt zu zurecht, dass südafrikanische Wissenschaftler gesagt haben: Wir haben diese Variante hier jetzt quasi – und daraufhin sein Land abgeschnitten wird.

Camillo Schumann

Wieso zurecht? Also Sie haben gerade eben gesagt: Das war doch total gut, dass man eben schnell reagiert hat.

Alexander Kekulé

Ja, das ist richtig. Ich persönlich finde, die Kommunikation ist da doch einen Ticken alarmistisch gelaufen für das, was wir schon haben. Es ist einfach eine Vorsichtsmaßnahme. Und wenn man das eher so kommuniziert hätte und gesagt hätte: Wir brauchen zwei bis drei Wochen – das würde ich jetzt mal so schätzen – bis wir festgestellt haben, was da dran ist an den Befürchtungen, die zurecht jetzt im Raum stehen. Und dann werden wir das überprüfen. Und dann hätte das, glaube ich, eine ganz andere Wirkung gehabt. Aber jetzt wird ja schon gesagt, wegen Omikron muss ein weiterer

Booster daher, wegen Omikron müssen weitere Restriktionen in verschiedenen Ländern her. In Deutschland wird es ja auch diskutiert. Ich weiß jetzt nicht, ob Herr Habeck das vorher nochmal gebraucht hat, das Argument, aber viele Politiker, die sowieso schon irgendetwas durchsetzen wollten, die sagen halt – so wie sie früher dann gesagt haben „wegen Delta“, sagen sie jetzt „wegen Omikron“, und das ist meines Erachtens verfrüht. Und da hat natürlich Ramaphosa schon recht, wenn er sagt, so eine Vorverurteilung führt ja dann dazu, dass sich keiner mehr traut oder keiner mehr klug ist, wenn er zugibt, dass er eine Variante im Land hat.

40:11

Camillo Schumann

Ich habe mir das Statement der WHO-Sprecherin am Freitag angeschaut, und die hat das genauso gemacht, wie Sie es eigentlich gefordert haben. Die hat gesagt: So, wir haben da eine Variante. Wir haben jetzt darauf hingewiesen, wir werden uns jetzt zwei Wochen Zeit nehmen. Die Studien laufen im Feld, und wir werden Ihnen regelmäßig Informationen darüber geben, ob und wie gefährlich dann diese Variante tatsächlich ist. Also im Prinzip hat die WHO das ja gemacht. Nur das hat sich ja dann offenbar verselbständigt.

Alexander Kekulé

So kann man es nennen, so kann man es sagen. Das hat plötzlich so eine Dynamik bekommen, die an Hysterie grenzt. Ich will jetzt nicht sagen, dass die Omikron-Variante ungefährlich ist. Aber für das, was wir an Daten bisher haben, ist die Reaktion übertrieben. Und das hat dann die Presse daraus gemacht, die weltweite Politik daraus gemacht. Man muss natürlich immer sehen, da sind ja viele Politiker dabei, die stehen schon lange mit dem Rücken zur Wand, weil sie irgendwie nicht richtig reagiert haben. Ja, einschließlich Deutschland, wo ja sehr viel Kritik gerade mal wieder an der Politik herrscht. Und auch anderswo. Und hier wollten halt jetzt viele zeigen, dass sie hier jetzt mal ganz toll reagieren können.

Ich weiß noch nicht, ob das, was wir wissen, das richtige Exempel dafür ist. Und die WHO, die Sie gerade genannt haben, die hat ja jetzt gerade am Montag gestern nochmal nachgezogen und von einem sehr hohen Risiko gesprochen, dass diese Variante sich weltweit verbreiten würde und ein Problem machen würde. Also hat auch die WHO selber von dieser –wie ich fand – richtigen, erst mal abgewogenen Einschätzung noch einmal eins draufgelegt.

Camillo Schumann

Aber die Reisebeschränkungen waren richtig, wenn ich Sie richtig verstanden habe.

Alexander Kekulé

Ja, das können Sie nicht anders machen. Wir sehen diese Variante. Vielleicht können wir nachher auch über ein paar Besonderheiten von der noch einmal sprechen. Die hat eben ein paar Besonderheiten, die man mit Besorgnis sieht. Das ist so ähnlich, wenn Sie mit Ihren Kindern im Wald spazieren gehen. Und die Kinder finden etwas, was aussieht wie eine Schlange. Also selbst wenn es Deutschland ist, gehen Sie wahrscheinlich davon aus, dass es eine Ringelnatter oder eine Blindschleiche ist. Ich weiß gar nicht, ob Blindschleichen Schlangen sind. Es könnte auch eine Kreuzotter sein. Aber man fasst ja so was erstmal nicht an, sondern sagt: Nein, erst mal zurück. Und dann schaut man erst mal, was es ist. Ist es was Gefährliches? Vielleicht ist es nur ein Stock, der im Wasser getrieben hat. Da die Schlangen ja fast ausgestorben sind, war es wahrscheinlich ein Stock in Deutschland. Aber so ist diese grundsätzliche Vorsicht, dass man einfach erstmal nicht auf die Herdplatte fasst, wenn man nicht weiß, ob sie heiß ist. Das gilt hier natürlich umso mehr, weil die Probleme mit einer 14-Tage-Schließung, die umsonst war. Das finde ich, kann man notfalls mit einer finanziellen Kompensation für Südafrika und die anderen betroffenen Staaten lösen. Aber wenn das Virus dann sich explosionsartig in Ländern verbreitet, die möglicherweise keinen gut wirksamen Impfstoff dagegen haben und keinen gut wirksamen natürlichen Immunschutz haben,

das wäre natürlich eine Katastrophe. Und deshalb muss man hier vorsorglich agieren.

Camillo Schumann

Die Blindschleiche ist übrigens eine Echsenart.

Alexander Kekulé

Da, sehen Sie. Haben Sie das jetzt gegoogelt? Oder waren sie so gut in Biologie? Ich habe es noch geahnt, dass da irgendetwas war mit der Blindschleiche.

Camillo Schumann

Das bleibt mein Geheimnis, ob ich das wusste oder gegoogelt habe. [beide lachen]

Also okay. In Südafrika wurde Omikron das erste Mal entdeckt, mittlerweile wurde sie auch in einigen deutschen Bundesländern nachgewiesen. In Südafrika wurde ja schon mal eine besorgniserregende Variante entdeckt, die Beta-Variante. Wir erinnern uns, die hat da jetzt aber keine große Karriere gemacht. Warum wieder Südafrika? Stammt Omikron tatsächlich aus Südafrika? Weiß man das?

43:52

Alexander Kekulé

Nein, es ist völlig unklar. Südafrika hat natürlich die Methoden, so etwas nachzuweisen. Die sind da im Vergleich zu anderen afrikanischen Staaten südlich der Sahara sehr gut. Oder man kann eigentlich sagen, insgesamt zu den afrikanischen Staaten sind die sehr gut bei den Sequenzierungen. Und man kann ja auch mal so sagen: Die haben das dort gefunden. Bestimmt gab es in Europa auch schon Importe vorher. Jetzt merkt man ja, dass hier und da Flugzeuge kommen, wo diese Variante verbreitet ist, wenn sie aus Südafrika kommt. Und es hat keiner bei uns gemerkt. Also, die waren schon gut, dass sie das festgestellt haben. In Deutschland ist der sportliche Ehrgeiz zum Sequenzieren ja so ein bisschen zurückgegangen, so wie insgesamt das Problem Coronavirus jetzt eine Zeitlang eben nicht mehr so vorne stand auf der Tagesordnung.

Wir wissen nicht genau, wo es herkam. Dass mit der Beta Variante ist ein relativ guter Ver-

gleich. Die Beta-Variante hat sich in der Republik Südafrika und den benachbarten Ländern relativ schnell verbreitet, war dort auch dominant, aber sonst in Afrika eigentlich wenig. Wir haben ähnliche, lokal gebliebene Exoten, haben wir immer wieder gehabt. Also wir hatten ja vorhin mal kurz über das My gesprochen, was in Südamerika unterwegs war. Ich meine, das ist letztlich nur in Kolumbien, wenn ich das jetzt nicht verwechsle. Und dann ist es so gewesen, dass wir auch z.B. diese kalifornische Variante hatten, über die wir uns mal unterhalten haben. Kurz danach kam dann die New Yorker Variante. Also in Amerika gab es mehrere Varianten, die mit großem Alarm geklingelt, dann von den jeweiligen lokalen Gesundheitsämtern deklariert wurden. Die waren natürlich keine *variants of concern* im engeren Sinne. Aber da hat man auch Bedenken gehabt, die könnten sich ausbreiten, und die könnten möglicherweise das Immunsystem überlisten. Und es kam nicht dazu. Deshalb sage ich mal: Allein weil sich so eine Variante ändert, weil sie anders aussieht, weil sie viele Mutationen hat, ist noch nicht automatisch klar, dass sie wirklich gefährlich ist.

Camillo Schumann

Und das ist ja genau der Punkt. Also welche Besonderheiten hat Omikron zu vorangegangenen Varianten? Festzustellen ist, Sie haben es gerade gesagt, Omikron hat mehr Mutationen im Spike-Protein als die anderen Varianten, so um die 30. Die bei uns vorherrschende Delta-Variante hat nur zehn. Was sagt das aus?

Alexander Kekulé

Also das Spike-Protein interessiert uns aus mehreren Gründen besonders. Erstens, weil wir wissen, dass mit diesem Spike, also diesen Stacheln, die außen an den Viren dran sind, dass damit das Virus andockt an der Zielzelle und je besser es andocken kann – also bei uns hauptsächlich an den Schleimhäuten der Atemwege – desto weniger Virus-Dosis ist für eine Infektion notwendig. Und d.h. dann, das wäre dann stärker infektiös, wenn es besser an diesen sogenannten ACE2-Rezeptor andockt, der quasi das natürliche Ziel ist, wo das Virus in

die Zelle reinkommt. Das ist eine kleine Region, die also dieser Rezeptorbindungsregion ist. Und da sind tatsächlich auch mehrere Mutationen in dieser Rezeptorbindungsregion. Und der andere Grund ist aber, der fast noch wichtiger ist: Nicht nur die höhere Infektiosität die uns da eine Rolle spielt. Die muss nicht unbedingt mit dem S-Protein zusammenhängen, aber kann damit zusammenhängen. Und das andere ist eben die Frage: Wie gut schützen quasi unsere Impfstoffe? Und wie gut ist man geschützt, wenn man schon mit einem anderen Virus, jetzt mit Delta oder einem anderen, infiziert war? Und da ist es insbesondere bei den Impfstoffen ja so – das ist, glaube ich, inzwischen bekannt, dass die, die wir haben, diese RNA-Impfstoffe – die sorgen dafür, dass das Immunsystem abgerichtet wird, wenn Sie so wollen, auf genau dieses S-Protein. Und es hat sich ja sowieso schon erheblich verändert seit Wuhan und die Impfstoffe haben quasi den Wuhan-Prototypen genommen, und die präsentieren dem Immunsystem. Sodass wir bei Delta schon das Problem haben, dass es nicht mehr so gut erkannt wird. Mit der Folge, dass es Durchbrüche gibt.

Die Befürchtung ist jetzt, dass dieses Omikron, das also um die 32 veränderte Aminosäuren, also einzelne Bausteine in diesem Spike-Protein hat, dass das möglicherweise von Antikörpern, die wir gebildet haben nach der Impfung oder die wir gebildet haben nach einer Infektion mit einem anderen Typen, eben dann nicht mehr so gut erkannt wird. Also, das ist so die Befürchtung, die an der Stelle im Raum steht. Und rein anhand der Mutationen kann man das vermuten. 32 ist so ein Mittelwert. Das muss man sich so vorstellen. Jedes Virus, das bisschen anders. Die unterscheiden sich voneinander viel stärker als höhere Lebewesen. Also das wäre so, als wenn es Menschen mit zwei Armen, drei Armen oder fünf Armen gäbe. So stark unterscheiden sich die Viren, die aber alle irgendwie mehr oder minder infektiös sind. Und deshalb ist auch die Zahl der Veränderungen dieser Mutationen – je nachdem, welches Isolat man nimmt, von welchem Patienten man das Virus hat – immer ein

bisschen anders. Aber der Mittelwert ist in der Tat so, dass es hier über 30 ist und bei dem ursprünglichen Virus im Bereich von 8-10 lag, also 10 bei der Delta Variante.

Camillo Schumann

Delta-Variante haben Sie gesagt 10, dann Omikron so um die 30. Was sagen diese Zahlen so eigentlich aus? Man braucht doch eine Basiszahl, um zu verstehen, ob das jetzt viel oder wenig ist. Also steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das Virus noch besser andocken kann? Also wie viele Stellen gibt es eigentlich auf diesen Spike Protein?

49:09

Alexander Kekulé

Insgesamt hat es 1.273 Aminosäuren und davon ist ungefähr die Hälfte in dem S1 und die andere Hälfte in dem S2. Da könnte man jetzt sagen: Ja, nur 32 sind verändert gegenüber den ursprünglichen Typen. Also erstens sind die Veränderungen an bestimmten Stellen. Wir sehen da mehrere Veränderungen, die wir kennen vom Delta, und zwar in der Weise, dass wir schon wissen, dass sich Delta durch bestimmte Mutationen dem Immunsystem entzogen hat. Oder andere Mutationen haben dazu geführt, dass es besser andocken kann. Also das ist relativ genau bekannt, an welcher Stelle die sein müssen. Und das Interessante ist, dass wir jetzt bei diesem Omikron nicht die gleiche Mutation finden, aber an der gleichen Stelle eine ähnliche, die zu so einer ähnlichen Veränderung des Proteins führt. Und davon dann eben insgesamt viel mehr. Sodass jetzt die Frage ist: Was sagt uns das eigentlich. Zur Befürchtung bezüglich der Infektionsgeschwindigkeit kann man sagen: Das Delta ist schon sehr weit ausentwickelt, das hat so einen Reproduktionsfaktor von 5 ungefähr, verglichen mit dem Reproduktionsfaktor von 2, der bei der ursprünglichen Wuhan-Variante war. Also, das ist schon deutlich ansteckender. R_0 [sprich: R-null] würde man das dann in dem Fall nennen, also die Produktionsgeschwindigkeit ohne äußere Maßnahmen. Da ist die Frage: Hat es jetzt dieses Omikron wirklich in Südafrika geschafft, sich da noch einen Ticken besser

durchzusetzen oder noch schneller zu werden? Mein Verdacht ist, dafür ist für mich die Wahrscheinlichkeit nicht sehr hoch. Weil dieses Omikron hatte es in Südafrika und auch den benachbarten Ländern ja gar nicht groß mit Delta zu tun, sondern wir müssen davon ausgehen, dass es das schon länger gibt, dass es erst jetzt entdeckt wurde, weil es sich durchgesetzt hat. Und kurz vorher war eine geringe Inzidenz. Die haben da eine ganz kleine Inzidenz gehabt, die in kurzer Zeit aber jetzt angestiegen ist. Die war immer so im Bereich von 1. Also 1 pro 100.000 war ungefähr die Inzidenz in Südafrika. Also kaum vorstellbar, dass es so gering ist. Und die ist jetzt angestiegen, ungefähr auf 12 in den Regionen, wo dieses Omikron nachgewiesen wurde. Aber da hat sich das Omikron durchgesetzt, wohl zumindest bei denen, die man untersucht hat. Aber da gibt es natürlich viele Erklärungen für. Erstens war vorher nicht nur Delta unterwegs, sondern eben auch Beta. Viele Menschen dort haben sich mit Beta infiziert und hatten sozusagen die Immunität, die man aufbaut, wenn man gegen Beta geimpft ist, oder die Infektion mit Beta durchgemacht hat. Jetzt ist die Frage, ob jemand, der mit Delta infiziert war, ob dessen Immunität auch sehr effektiv von dem Omikron überlistet werden könnte. In Europa haben wir ja das Delta-Virus und v.a. ist dann die Frage, wenn wirklich Delta sich sehr schnell gerade ausbreitet, ob Omikron sich dann noch schneller ausbreitet, weil bisher waren ja immer die Varianten, die sich durchgesetzt haben, so 40-50% schneller in der Ausbreitung als ihre Konkurrenten. Und das ist schon eine hohe Latte, wenn Sie so wollen. Also ich habe es mal verglichen. Das Omikron hat sozusagen in Südafrika gegen Beta in der Regionalliga gespielt. Und wenn es aber sich in Europa mit dem Delta anlegen will, muss es quasi in der Oberliga, in der Bundesliga quasi die Spiele gewinnen. Und dazu muss es schon ein sehr stark optimiertes Virus sein. Da bin ich nicht ganz sicher, ob das dort wirklich der Fall ist. Es kann sein. Aber da würde ich jetzt nicht automatisch immer den Teufel an die Wand malen.

Camillo Schumann

Okay, weil sie sagen „kann sein“, das ist die Befürchtung. Man muss ja sagen – und das sagt die WHO ja auch – dass es jetzt noch einige Wochen, vielleicht zwei Wochen dauern wird, bis dann tatsächlich valide Erkenntnisse über diese Variante vorliegen, um dann genau solche Aussagen treffen zu können. Also mit anderen Worten zum jetzigen Stand zu sagen: Die Impfstoffe wirken nicht oder diese Virusvariante ist wesentlich gefährlicher, sorgt für mehr Hospitalisierung, kann man zum derzeitigen Zeitpunkt noch nicht sagen.

Alexander Kekulé

Ja, also das „gefährlicher“ ist so ambivalenter Begriff, der wird ja auch in Deutschland auch von den Medien mal so mal so benutzt. Also, Sie haben es gerade jetzt eingeschränkt. Hospitalisierungen, dafür haben wir absolut keinen Hinweis. Im Gegenteil, das waren junge Menschen in Südafrika. Das ist ursprünglich mal in der Region von Pretoria ein Ausbruch bei Studenten gewesen, den man dann weiter verfolgt hat. Und das sind von den Verläufen her ist es so, zumindest das, was man aus Südafrika hört, die durchwegs milde verlaufen. Man muss man natürlich sagen, die haben dort jüngere Menschen, das war ein Ausbruch unter Jungen. Die haben natürlich jetzt, wo die WHO quasi alles zugemacht hat, kein Interesse zu erklären, das Virus sei besonders gefährlich. Aber ich weiß, es gibt dann Leute, die sagen gleich wieder ja, das könnte ein besonders gefährliches Virus sein, im Sinne von schweren Verläufen und Hospitalisierungen. Also bis jetzt haben wir dafür absolut keinen Hinweis. Und die Südafrikaner behaupten sogar das Gegenteil, dass es eher harmlose Infektionen sind. Und ja, was wir eben sehen: Bis zum 21.11. – ist ja noch nicht so lange her – hatte man ungefähr 4.000 Fälle, die dort nachgewiesen wurden. Und jetzt aktuell sind es knapp 14.000 Fälle. Also es ist schon innerhalb von einer Woche von 4.000 auf 14.000 hochgegangen. Da kann man sagen: Das ist beunruhigend. Andererseits haben die ja dann auch gemerkt, dass es einen Ausbruch gibt und den Ausbruch nachverfolgt.

Und wenn sie natürlich so einen Ausbruch verfolgen und dann die, die sich da angesteckt haben, alle untersuchen. Natürlich finden sie dann mehr von diesem Omikron. D.h., es kann ein Effekt sein, dass man jetzt gründlicher danach gesucht hat. Es ist ja am Anfang eher zufällig festgestellt worden, und als man dann gemerkt hat: Hoppla, da ist eine neue Variante, hat man das jetzt systematisch untersucht. Und das andere ist eben, wenn sie vor dem Hintergrund von sehr wenigen Infektionen plötzlich eine Steigerung haben, dann sieht es immer dramatisch aus, aber insgesamt so eine Inzidenz von zwölf, da träumen wir in Deutschland nur von, und das ist in der Region Gauteng, also da, wo Johannesburg ist, und Pretoria, wo eben dieser Ausbruch sich gerade breit macht.

55:45

Camillo Schumann

Weil Sie gerade gesagt haben: Möglicherweise so hohe Infektionsrate mit dieser Variante, weil gründlicher nachgeschaut wurde. Es ist ja schon ziemlich verwunderlich, dass erst nach der Klassifizierung dieser Variante, diese jetzt auch plötzlich überall in Deutschland bei Neufektionen nachgewiesen wurde. Man schaut also seit vergangener Woche gezielt danach. Kein Wunder, könnte man sagen. Sie haben es auch schon angesprochen, es wird kaum noch sequenziert. Kurzer Auszug aus dem aktuellen Wochenbericht des Robert-Koch-Instituts:

„Für die KW45 ergibt sich aus der Zahl verfügbarer Genomsequenzen und bekannter laborbestätigter Infektionen in Deutschland bisher ein Anteil mittels Gesamtgenomsequenzierung untersuchter Sars-Cov-2-positiver Proben von knapp 2% insgesamt, und 0,6% im Rahmen der Stichprobe.“

Also wir waren ja mal richtig gut, wir waren ja mal bei 20%. Sollte man vielleicht diesen Blick wieder verschärfen?

Alexander Kekulé

Die Frage ist letztlich: Was wollen wir damit jetzt. Wenn Sie von einem Hund gebissen werden, ist Ihnen das doch egal, ob der Hasso oder

Hugo geheißen hat. Sondern da ist die Frage: Hat sie der Hund gebissen oder nicht. Dass natürlich wir Akademiker, wir Virologen, diese Viren immer alle irgendwie benennen und dann sagen: Ja, da ist die Infektiosität um 10% hochgegangen oder um 40%. Da habe ich ja schon ein bisschen davor gewarnt, als dieses Delta gekommen ist. Das Delta ist infektiöser. Und falls jetzt Omikron infektiöser sein sollte, hätte das eigentlich für uns keine Auswirkungen, sondern wir müssten die gleichen Maßnahmen treffen. Bis es dann bei uns wirklich, sage ich mal, zu einem nennenswerten Effekt käme, würde es eine Weile dauern. Natürlich ist es wichtig zu gucken ist es schon im Land, wie weit ist es im Land. Das ist v.a. in dem Zusammenhang wichtig: Hat es einen Sinn, Einreisebeschränkungen zu machen? Weil wenn es bei uns sehr häufig wäre, dann wüssten wir das gar nicht aufgrund unserer Nachweisverfahren. Wir würden wir das gar nicht zufällig feststellen, weil dieses eine Verfahren, diese eine PCR, die da in Südafrika verwendet wurde, die das zufällig dann festgestellt hat, die ist hier nicht üblich in Deutschland. D.h., wir müssten wirklich durch Sequenzierung mal gucken, ob es da ist, kann ich ja vielleicht kurz erklären. Das war ja dieses ... Wenn Sie sich erinnern, diese Alpha-Variante in England. Die ist ja mal festgestellt worden dadurch, dass, wenn man PCR macht und das S-Gen sucht, dass man dann das S nicht mehr findet, aber andere Marker dieses Virus'. Und das nannte man *S-dropout* und hat gesagt: Mensch, was ist denn da los. Und da hat man sequenziert und die Alpha-Variante entdeckt, Und diese S-Gen-Untersuchungen, das ist ein bestimmter Hersteller, der das hat im Panel, der wird in Deutschland kaum verwendet, und in Südafrika eben schon und zumindest von einem Institut dort. Und die haben eben dann genau den gleichen Effekt gesehen. Die hatten so ein *S-Dropout* und haben dann die neue Variante gefunden. In Deutschland hätten wir das gar nicht festgestellt in dieser Weise. Und jetzt ist die Frage: Brauchen wir mehr Sequenzierung? Ja, in der jetzigen Situation schon wieder. Aber wir sind, glaube ich, kein Land, wo bei uns die Gefahr

besonders groß ist, dass jetzt bei uns speziell neue Varianten entstehen. Das ist ja auch noch einmal interessant, die Frage, wo das im südlichen Afrika hergekommen ist. Es gibt letztlich zwei Spekulationen. Die eine ist so die offizielle Theorie, die man auch überall liest. Ja, da sind ja viele immunsupprimierte Menschen im südlichen Afrika, und zwar deshalb, weil dort viel HIV unterwegs ist, das Virus, was u.a. AIDS erzeugt, das ist dort weit verbreitet. Und da gibt es auch viele, die therapiert werden und die dann dadurch in einem immunsupprimierten Status sind. D.h. also, wenn die infiziert werden, kann das Virus sich in einem Menschen innerhalb weniger Wochen dann sehr weit entwickeln, immer neue Varianten entwickeln, und unter Umständen auch so eine Variante, die so viele Mutationen hat. Insgesamt hat dieses Omikron ja etwa 50 Mutationen, wenn man die anderen alle mitnimmt, die nicht im S-Gen sind. Und da ist also die gängige Theorie, dass das in einem Patienten entstanden ist, der z.B. immunsupprimiert gewesen sein könnte, z.B. weil es dort viele HIV-Infizierte gibt. Das ist die eine Variante. Da wäre das Virus in kürzester Zeit entstanden, wenn Sie so wollen, im Hochhaus mit dem Lift hochgefahren. Und die andere Variante ist die, die ich persönlich so immer noch mit in die Waagschale werfen will. Das ist, dass das Virus vielleicht ganz simpel bei dieser Anhäufung dieser Mutationen quasi die Treppe rauf gegangen ist. Und da ist es ja so alle 14 Tage haben sie eine Mutation im Durchschnitt. Das ist so der Schnitt quasi, der da gemessen wurde für diese Viren. Und das kann sein, dass sich das ganz langsam entwickelt hat. Und zwar, dass man das einfach nicht gemerkt hat. Das muss gar nicht in Südafrika gewesen sein. Irgendwo in einem anderen Land, wahrscheinlich dann südlich der Sahara, hat sich einfach nach und nach dieses Virus die Eigenschaften zugelegt, die so ein Coronavirus SARS-CoV-2 eben braucht, um halbwegs schnell zu infizieren und halbwegs die bereits infizierten immunologisch zu überlisten, dass man dann Zweit- und Drittinfektionen machen kann. Und das wäre ja dann eine gute Nach-

richt. Weil das wäre sozusagen klassisches Beispiel einer konvergenten Evolution, das in verschiedenen Bereichen der Erde in dem Fall verschiedene Virusstämme die gleichen Eigenschaften erwerben, nämlich die genannten: Immunsystem überlisten und schneller infektiös sein, aber auf unterschiedlichem Weg. Das haben wir in der Evolution auch sonst in der Biologie oft – berühmt sind da die Darwinfinken, die ja auf irgendwelchen Inseln genau die gleichen Schnäbel haben wie die europäischen Finken, weil bei den Problemen, eine Nuss zu knacken, eben eine bestimmte Schnabelform hilft, obwohl die genetisch auf ganz unterschiedlichem Wege der gleiche Phänotyp, also das gleiche Ergebnis erzeugt wird. Was würde das für das Virus bedeuten? Da hat vielleicht dieses Omikron die gleichen Eigenschaften sich zugelegt, aber dabei andere genetische Schalter bedient, quasi sich anders entwickelt, so dass man Ihre Frage vorhin, was ist eigentlich der Prototyp wenn man 32 Mutationen zählt, ist da ganz wichtig. Da kann man vielleicht gar nicht davon ausgehen, dass das Mutationen von dem ursprünglichen Typ sind, sondern das hat einfach das gleiche Problem anders gelöst. Und es könnte sein – das ist ja natürlich absichtlich meine optimistische Sichtweise – es könnte sein, dass wir jetzt feststellen in den nächsten zwei Wochen, dass es nicht wesentlich infektiöser ist, vielleicht ein bisschen, aber nicht wesentlicher als Delta und sich deshalb nicht so schnell durchsetzen kann. Und das es v.a. – das ist ja viel wichtiger – bei den Menschen, die sich schon mit Delta infiziert haben, gut abgefangen wird von den Antikörpern. Und vielleicht sogar auch bei denen, die geimpft wurden mit den RNA-Impfstoffen noch gut abgefangen wird, weil sozusagen das Ergebnis, also wie dieses Protein dann von außen aussieht – wir sagen, welche „immunodominanten Domänen“ das hat. Also, welcher Bereich sozusagen vom Immunsystem erkannt wird. Das könnte durchaus relativ ähnlich aussehen, auch wenn die einzelnen Bausteine unterschiedlich sind. So wenn Sie zwei Lego-Häuser bauen, die genau gleich aussehen, können Sie ja verschiedene bunte Steine nehmen und von

außen sieht es dann trotzdem gleich aus. Und nur dieses Äußerliche ist quasi das, was das Immunsystem interessiert und nicht, welches Gen da irgendwie bedient wurde, um dieses Produkt herzustellen.

1:02:27

Camillo Schumann

Was ich mich frage jetzt aber gerade, um diesen Gedanken mal aufzugreifen: Warum sollte sich das Virus so entwickeln? Weil es ja auf eine ungeimpfte Population trifft? Also es muss sich ja gar nicht so viel Mühe geben. Also wenn es diese Entwicklung jetzt hier bei uns gemacht hätte, hätte ich das verstanden. Wir sind ja alle größtenteils geimpft und/oder genesen. Aber warum dort? Da sind eher die meisten nicht geimpft, und viele haben sich auch noch nicht infiziert. Also warum stellt sich das Virus da so auf den Kopf?

Alexander Kekulé

Gleiches Thema wie in Indien mit der Delta-Variante, die ja wahrscheinlich aus Indien kam. Aber das haben wir schon ein paar Mal gesagt, das muss nicht sein, aber es ist natürlich nicht unwahrscheinlich. Einfach weil so viele Menschen dort infiziert waren. Also in Südafrika ist jetzt angeblich, das sagen die selber, die Impfquote bei 25%. Das ist absoluter Rekord auf dem afrikanischen Kontinent – sonst kontinentweit liegt die Impfquote bei 6% im Moment, ist also desaströs. U.a. weil die RNA-Impfstoff-Hersteller dorthin nicht geliefert haben, weil wir hier alle unsere Booster-Injektionen haben wollen, auch für jüngere Menschen. Das ist natürlich für die ein Riesengeschäft und stattdessen wird weniger nach Afrika verkauft. Man muss der Ehrenrettung halber sagen, dass dann Moderna zumindest gerade aktuell behauptet hat, das also größere Mengen von Impfstoff bereit wären, um das an die weniger entwickelten Länder zu verschicken, aber nicht abgerufen würden wegen Zollproblemen und wegen Kühlungsproblemen und anderer logistischer Probleme in diesen Ländern. Da gibt es also auch eine andere, sage ich mal Anekdote dazu. Aber ich glaube, sicherlich ist da was

dran, dass wir, indem wir also die Märkte leerkaufen, also die reichen Länder dafür sorgen, dass dort nicht soviel geimpft wird. Und da reicht es also völlig aus, dass viele Menschen sich natürlich infiziert haben. „Natürlich“ soll jetzt nicht beschönigend sein, sondern sich infiziert haben das natürlich auch einige gestorben. Das ist auf dem afrikanischen Kontinent aufgrund der anderen Altersstruktur nicht so ein großes Problem, wie es das bei uns wäre in Deutschland. Damit hat das Virus dann zu tun und dabei versucht es sich eben anzupassen. Man kann sich das so vorstellen: Wenn jemand so eine Teilimmunität schon hat, weil er schon einmal infiziert wurde, z.B. mit Beta – das ist das, was in Südafrika schon anzunehmen ist – dann muss ich eben stärker andocken an dessen Schleimhaut, damit kleinere Virusmengen reichen für die Infektion, und am besten das Immunsystem auch noch ein bisschen überlisten, sodass dessen Antikörper quasi mich nicht zuverlässig abfangen frühzeitig. Und deshalb ist es schon gut möglich, dass auf die Weise des Virus das trainiert hat. Was wir jetzt vermuten.

Camillo Schumann

Verstehe. Also wenn der reiche Westen mehr gespendet hätte und die Impfquote da höher gewesen wäre, müsste man jetzt nicht über Omikron reden?

Alexander Kekulé

Nein, so weit würde ich nicht gehen. Also ja sicher, wenn das alles unter Kontrolle wäre. Aber wenn die gesundheitlichen Verhältnisse so ähnlich wie bei uns wären: Ja dann wäre das vielleicht weniger wahrscheinlich, dass solche Varianten entstehen. Aber es ist völlig unklar, wie das genau passiert. Die einen sagen natürlich ... Jeder versucht dann so seine Story draus zu machen. Das, was er schon immer begründen wollte, wird jetzt mit Omikron begründet. Die einen sagen, ihr verkauft viel zu wenige Impfstoffe dorthin. Albert Bourla, der Chef vom Pfizer, sagt wir müssen noch mehr Boostern in den reichen Ländern. In Klammern: Ich kann noch mehr verkaufen, weil mein Impfstoff ganz toll wirkt. Oder Pfizer/BioNTech

wirkt wahrscheinlich gegen Omikron auch. Dagegen hat interessanterweise der Chef von Moderna, der Stéphane Bancel, der hat gesagt, er hat Hinweise darauf, dass die Wirkung stark beeinträchtigt ist von den RNA-Impfstoffen bei Omikron. Klar, weil der jetzt gerade am Booster-Geschäft nicht so viel verdient und insgesamt (glaube ich) nur so ein Drittel oder ein Viertel vom Pfizer verkauft. Und für den wäre es natürlich super, wenn jetzt alle einen *Reset* machen und den neuen Impfstoff entwickeln, weil er dann sich vielleicht erhofft, höhere Marktanteile zu haben oder wieder schneller zu sein. Ein neues Rennen, neues Spiel. Jeder versucht jetzt, mit dem Omikron irgendetwas zu begründen, bis hin zu deutschen Politikern, die das, was sie schon immer gefordert haben, jetzt mit Omikron begründen.

01:08:09

Camillo Schumann

Und in zwei Wochen sind wir dann schlauer. Wenn dann die Wissenschaftler sequenziert, analysiert haben, dann werden wir es besprechen hier im Podcast.

Herr Kekulé, über noch eine wichtige Entscheidung müssen wir in dieser Ausgabe sprechen. Die Europäische Arzneimittelbehörde EMA hat eine Erweiterung der Zulassung des Covid19-Impfstoffs von BioNTech und Pfizer auf Kinder im Alter von fünf bis elf Jahren empfohlen. Die finale Entscheidung muss wie immer die Europäische Kommission fällen, das ist aber Formsache. Bislang ist der Impfstoff in der EU erst ab zwölf zugelassen. Was ändert sich für die Kinder im Alter zwischen fünf und elf? Im Prinzip ja nur die Dosis oder?

Alexander Kekulé

Genau. Die Dosis ist anders. Also es ist ja nur BioNTech/Pfizer zugelassen bisher. Moderna ist aufgrund der dort beobachteten etwas häufigeren Nebenwirkungen, insbesondere Herzmuskelentzündungen, hier ein bisschen im Hintertreffen. Das spiegelt so ein bisschen das, was ich gerade mit Omikron gesagt habe, noch einmal. Die haben ein besonders großes Interesse daran, dass da so eine Art *Reset* bei den

Impfstoffen gemacht wird. Und bei Pfizer/BioNTech ist es so: Das ist ja zugelassen bis jetzt eben von 12-17. Und mit der EMA-Empfehlung ist es so ... Bisher ist es so ausgelegt worden, zumindest vom Paul-Ehrlich-Institut, dass damit – sobald die EMA dann eine offizielle Zulassung ausspricht (das war ja erst mal die Empfehlung des Fachkomitees) – dass es dann damit auch in Deutschland automatisch zugelassen ist. Das ist so die Lesart, die man in Deutschland hat, dass man da quasi nichts Weiteres braucht. Und dann wird natürlich das gleiche Rennen wie im Sommer wieder losgehen. D.h., die Ständige Impfkommission wird dann die Daten prüfen und wird natürlich dann „wie die Sau durchs Dorf getrieben“, auf jeden Fall von hinten mit Spießern aktiviert, sich zu bewegen, weil alle sagen: Jetzt schnell, schnell, sprich mal deine Empfehlung aus. Und die Frage ist dann, um im Bild zu bleiben, wie viel Sitzfleisch die haben, um gründlich dann noch einmal die Prüfung auch für die Kinder ab fünf Jahren durchzuführen.

1:10:13

Camillo Schumann

Also Reduzierung der Dosis von 30 auf 10 Mikrogramm und Abstand drei Wochen. Das sind so die Rahmendaten, die dem Ganzen zugrunde liegen. Marco Cavaleri leitet die Impfstoffstrategie der Europäischen Arzneimittel-Agentur und hat bei dieser Empfehlung gesagt:

„Auch die Kinder können von gesundheitlichen Langzeitfolgen nach einer Erkrankung an Covid-19 betroffen sein. Das ist erwiesen, aber wir glauben, dass wir da bisher nur die Spitze des Eisbergs sehen, und auch noch sehr wenig über Long Covid bei Kindern und Jugendlichen wissen. Deshalb bin ich froh, dass die Vakzine von BioNTech/Pfizer heute auch für Kinder im Alter von fünf bis elf zugelassen sind.“

Würden sich dieser Aussage so anschließen?

Alexander Kekulé

Naja, er hat es ja, wenn man das genau hört, sehr geschickt formuliert. Er sagt: Sie können auch mal betroffen sein, das ist erwiesen. Also

die Frage ist ja, wie häufig. Und „wir glauben, dass es die Spitze des Eisbergs ist“. Also Glaube ist ja etwas, wenn man das in der Wir-Form macht, schon ein bisschen schwierig. Im Grunde genommen, abgesehen von Religionsgemeinschaften, der Glaube eigentlich etwas sehr Individuelles ist. Und deshalb bin ich eher für harte Fakten an der Stelle. Und ich hoffe sehr, dass die STIKO das genau auf die Waagschale legen wird, weil letztlich ist es doch so: Wir haben bei den Kindern von 12-17 jetzt die Situation gehabt, dass man bei Abwägung der Risiken und des Nutzens ungefähr in die Balance kommt. Also das war so, dass die STIKO sich rein medizinisch nicht dazu entscheiden konnte, die Empfehlung auszusprechen, wenn man jetzt nur guckt, was bringt es den Kindern selbst medizinisch. Hauptbedenken war hier die Herzmuskelentzündung. Da hat die STIKO ja noch den wirklich handwerklichen Fehler gemacht, dass sie Moderna und BioNTech zusammengeworfen hat, ohne zu differenzieren. Und das – sage ich mal – ist so ein bisschen Schnee von gestern. Aber trotzdem natürlich so ein Fakt, was noch ein bisschen nachhängt. Gut, jetzt sprechen wir nur noch über BioNTech und müssen bei BioNTech jetzt prüfen, wie ist es bei den noch jüngeren Kindern? Und da ist es natürlich so: Mal so grundsätzlich sind die schweren Erkrankungen noch seltener, und ob es Langzeitfolgen gibt, ist noch unklarer. Es gibt einfach überhaupt keine Daten bei Kindern, die z.B. Long Covid klar belegen würden. Und dieses Multi-Inflammationssyndrom bei Kindern, was eine extrem seltene Nebenwirkung ist, ist erstens so selten, dass das definitiv kein Grund wäre zu impfen. Und zweitens wissen wir nicht einmal, ob die Impfung die Kinder davor schützt, weil die Kinder können sich ja trotzdem noch infizieren. Und ob sie dann dieses MIS-C bekommen, also dieses ganz seltene Multi-Inflammationssyndrom bei Kindern, diese Entzündung quasi nach der Covid-Infektion, das ist völlig unklar, wird man auch so schnell nicht rauskriegen, weil da müsste man wirklich Unmengen von Kindern mit dieser sehr seltenen Erkrankung haben, um das auszuwerten.

D.h. also das ist schwieriger, dann zu sagen, welchen Nutzen hat es? Und dann wird eben die Frage sein, wie hoch ist die Rate der Nebenwirkungen. Bisher haben wir gesehen, je jünger, desto häufiger war quasi die Rate der Herzmuskelentzündungen. Ob das jetzt sich fortsetzt in die Altersgruppe von 5-11, ist noch unklar. Das kann sein, dass es ein Häufigkeitsmaximum bei 12-16 gibt. Es kann aber auch sein, dass es dann bei Jüngeren noch häufiger ist. Und darauf ist die EMA überhaupt nicht eingegangen. Die EMA hat einfach nur die Daten zur Wirksamkeit ausgewertet und festgestellt, dass dieser Impfstoff wirksam ist mit dieser Dosisreduktion bei den jüngeren Kindern.

Camillo Schumann

Ich frag Sie jetzt einfach mal: Würden Sie diesen Impfstoff für 5- bis 11-Jährigen empfehlen?

Alexander Kekulé

Ich würde mir sehr gründlich die Daten ansehen. Zum jetzigen Zeitpunkt bei den Daten, die es bis jetzt gibt, würde mir die Seite fehlen, die mir sagt, wie häufig wirklich die Nebenwirkungen sind in der Altersgruppe, das werden wir in den nächsten Wochen und Monaten natürlich haben, das Datenmaterial, weil ja in anderen Ländern schon geimpft wird, da machen in gewisser Weise die anderen für uns – ich möchte jetzt nicht, sagen die Versuchskaninchen – aber sozusagen den Vorreiter an der Stelle. Und dann müsste man sehr gründlich auswerten, wie häufig ist das dann eigentlich in dieser Altersgruppe? Wie ist das Nebenwirkungsprofil in dieser Altersgruppe auch jetzt mit der reduzierten Dosis? Das ist natürlich sehr gut, dass man die Dosis reduziert hat, denn man kann schon davon ausgehen, dass diese Herzmuskelentzündungen, obwohl die Entstehung ja völlig unklar ist. Das ist auch ein Grund, warum wir das mit Gewissen bedenken. Wir wissen nicht, warum die Kinder diese Herzmuskelentzündungen bekommen. Und etwas, was wir nicht verstehen, fordert uns natürlich zu größerer Vorsicht auf. Und deshalb sage ich mal, wir wissen nicht warum, aber wahrscheinlich hat die Herzmuskelentzündung was damit zu tun, dass das Immunsystem überstimuliert wird.

Drum war es der richtige Schritt, die Dosis zu reduzieren. Ich habe das ja auch schon mich immer gefragt, warum man das für die 12- bis 17-Jährigen nicht gemacht hat. Vielleicht wäre dann die Herzmuskelentzündungen deutlich seltener gewesen. Und das wird man sich dann ansehen müssen. Und natürlich bleibt einfach auf der anderen Seite der Waagschale immer die Tatsache, dass wir extrem selten nur schwere Verläufe haben. Je jünger, desto seltener in dieser Gruppe. Also bei Neugeborenen ist es wieder ein bisschen anders. Und dadurch muss man sozusagen noch mehr Kinder impfen, um irgendwie ein einziges vor dem Krankenhaus zu bewahren. Und das war ja schon letztes Mal, als die STIKO das durchexerziert hat, in der Größenordnung – wenn ich es richtig erinnere – dass durch die ganze Aktion irgendetwas wie 30 bis 50 Kinder vor Hospitalisierung bewahrt werden sollen. Und davon auch noch bei einem Teil gar nicht klar ist, ob die überhaupt Covid haben. Also das war schon sehr, sehr auf Messers Schneide. Letztlich war das Argument, was ja die STIKO dann irgendwo – zurecht finde ich – bewogen hat zu sagen, wir empfehlen die Impfung. Das war ja, dass man gesagt hat, wir werfen jetzt zusätzlich in die Waagschale die sozialen und psychologischen Schäden, die die Kinder durch die sekundären Schäden haben, also durch Lockdown-Maßnahmen, Schulschließungen usw. Und wir hoffen, dass wir sie durch die Impfung vor diesen Schäden bewahren können.

Das muss man natürlich jetzt mal neu bewerten, weil wir wissen, dass auch Geimpfte und Genesene nicht komplette Freiheit genießen dürfen. Das ist, glaube ich ... Inzwischen hat sich das wohl allgemeinen rumgesprochen. Und wir wissen auch, dass wir jetzt in einer Welle sind, die nach dem, was ja nicht nur ich sage, sondern viele andere Epidemiologen sagen, dann im nächsten Frühjahr zu Ende sein wird. Und dann auch wenn man so hoffen darf, die letzte schwere, epidemische Welle war, die zu solchen Gegenmaßnahmen zwingt. Dann ist die Frage, wenn man jetzt die Impfung empfiehlt, wann greift es dann, bis wann sind die Kinder geimpft mit dem ganzen Verzug, der da

einzurechnen ist? Würde ich mal sagen, dass würde dann vielleicht erst in die endemische Phase kommen. D.h. also in eine Phase, wo wir sowieso keine staatlichen, drastischen Gegenmaßnahmen mehr brauchen. Und dann ist wirklich die Frage: In welche Richtung geht denn dann die Waagschale, wenn man diese psychologischen und sozialen Nebenwirkungen eben nicht mehr mitberücksichtigen muss? D.h., es ist eine komplexe Entscheidung, ist jetzt noch viel schwieriger geworden bei den jüngeren Kindern und bezüglich der Perspektive, dass wir im nächsten Jahr eigentlich damit rechnen können, dass wir so ganz strikte Gegenmaßnahmen nicht mehr brauchen. Ich warne sehr davor, jetzt so diesen ganz billigen Reflex zu machen und zu sagen: Ja, aber da gibt es ja noch Omikron, und für alle Fälle müssen wir jetzt. Ich bin sehr dafür, dass man solche Dinge dann sehr differenziert anschaut. Es geht hier wirklich um Menschen, die noch ein sehr langes Leben vor sich haben. Und da hat man eine hohe Verantwortung, wenn man die gegen eine Krankheit impft, die bei ihnen selber eigentlich in der Regel harmlos verläuft.

1:18:15

Camillo Schumann

Und das ist mal eine Situation, wo eben Schnelligkeit, nicht das oberste Mittel in der Pandemie ist: Warten wir es mal ab und werden es dann besprechen hier im Podcast. Damit kommen wir zu den Fragen unserer Hörerinnen und Hörer. Frau F. hat gemailt. Sie schreibt:

„Muss ich nach einer Booster-Impfung 14 Tage warten, bis ich wieder Impfschutz habe? Zur Erläuterung: Die Chefin meiner Ergotherapie behauptet das. Sie ist der Meinung, dass ich erst nach 14 Tagen Impfschutz habe. Sie selbst ist nicht geimpft. Nun darf ich 14 Tage nicht in die Praxis. Viele Grüße.“

Alexander Kekulé

Ja, also das ist bei der Booster-Impfung ein bisschen anders. Also rein schematisch, sagen wir: Der Impfschutz besteht 14 Tage nach der

zweiten Impfung, sofern man nicht Johnson&Johnson hatte. Dann gilt es juristisch schon 14 Tage nach der einzigen und ersten Impfung. Was aber ganz klar ist inzwischen, dass die eine Impfung nicht ausreicht. Das ist bei der Boosterung anders. Bei der Boosterung kann man sich das so vorstellen, dass das Immunsystem dadurch, dass es insbesondere so Gedächtniszellen schon gebildet hat, die sich gemerkt haben, wie das Virus aussieht. Sobald man boostert geht also schlagartig – innerhalb von sage ich mal 24 Stunden – kann man eine ganz massive Reaktion im Immunsystem beobachten. Und da würde ich jetzt mal sagen, wenn man zwei Tage abwartet, reicht das vollkommen. Und dann ist die Boosterung, wenn man so will, wirksam. Es gibt aber meines Erachtens auch noch gar keine gesetzliche Regelung in Deutschland, die sagt, dass die Boosterung verpflichtend wäre, damit man einen Immunschutz hat. Das wird zwar diskutiert, aber es ist zum Glück noch nicht im Gesetz. Ich halte es auch jetzt als grundsätzliche Verpflichtung nicht für sinnvoll bisher. Wäre anders, wenn wir mal eine Boosterung hätten, die gegen Delta speziell geht oder welche Variante auch immer im nächsten Herbst dann dominant sein wird. Deshalb kurz gesagt: Also das kann man nicht eins zu eins übertragen. Die 14 Tage gelten auch bisher nur auf dem Papier. Könnte man jetzt lange drüber reden, warum das mehr so einen Mittelwert ist für den Abstand zur zweiten Impfung, aber nicht zur Booster-Impfung.

Camillo Schumann

So weil ich am Anfang ja Mails von unseren Hörern und Hörern mit Lobhudelei vorgelesen habe, kommt jetzt eine kritische Stimme von dieser Dame, die angerufen hat und stellvertretend für viele Hörerinnen und Hörer dieses Podcasts steht, die genau dieselbe Frage hat:

„Ich bin bestimmt nicht die einzige, die sich die ganze Zeit fragt, warum Sie fordern – regelmäßig, immer wieder hört man von Ihnen, Pflegekräfte sollten sich impfen lassen. Obwohl Sie selbst zugeben, dass der Fremdschutz mit der Impfung gar nicht so wirklich relevant ist. Ganz

im Gegenteil: Auch weil wir ja eben 2G ablehnen, weil Geimpfte auch ansteckend sein können. Also Sie widersprechen sich da selbst und das kann nicht in Ihrem Sinne sein, Herr Kekulé. Sie reden die ganze Zeit so vernünftig und so nachvollziehbar. Aber das passt nicht.“

Alexander Kekulé

Tja, wenn man, wenn man immer versucht, alles vernünftig zu begründen, dann hat man Feinde auf beiden Seiten. Da gibt es ja immer Leute, da sind die Impfkritiker Fans. Und dann gibt es welche, da sind die, sage ich mal Leute, die große Angst haben und immer impfen wollen, Fans. Und der Mittelweg ist natürlich der, wo man viel Kritik kriegt. Ja, ich habe das tatsächlich genau die gleiche Frage schonmal beantwortet. Das müssten wir nachschauen, wann es im Podcast war. Aber ich mache es gerne nochmal. Das ist die grundsätzliche Frage: Bin ich im Bereich Pflegeheime – denn darum geht es ja letztlich, Pflege- und Altenheime. Bin ich da in der Situation, dass ich alle erst mal grundsätzlich geimpft habe und dadurch einen Basisschutz habe, der nicht 100% ist, ganz klar. Oder bin ich in dem Bereich, wo ich grundsätzlich die Impfung nicht vorgeschrieben habe, und dadurch mich bei jedem einzeln kümmern muss, ob der z.B. an dem Tag einen Schnelltest oder Ähnliches gemacht hat. D.h. also es geht mehr um das Praktikabilitätsargument. Ist es sicherer, alle erst mal geimpft zu haben und dann Einzelfälle, wo z.B. jemand die Impfung verweigert hat oder wo es nicht möglich ist, die dann nachzukontrollieren. Oder ist das umgekehrt, dass ich praktisch jeden Einzelnen kontrollieren muss, indem ich tägliche Tests mache. Letzteres halte ich einfach nicht für praktikabel. Die Hörerin hat insofern Recht, als dass das wirklich rein akademisch gesehen eine Alternative wäre, dass man sagt: Okay, alle, die in solchen Bereichen arbeiten, wo sie unmittelbar Menschen pflegen, die vulnerabel sind oder auch medizinisch behandeln, die müssen jeden Tag eine PCR machen. Ich betone PCR und keinen Antigen-Schnelltest. Und die müssen durchgehend eine fest schließende FFP-Maske tragen. Und was fest schließend ist, kann ich nur sagen. Im

Infektionsbereich weiß man das. Leute, die auf der Intensivstation arbeiten, die machen das zum Selbstschutz, dass sie die Maske so aufsetzen, dass sie wirklich dicht ist. Aber schauen Sie mal so rum, wie die FFP-Masken so getragen werden und auch dieses billige Zeug, was da viel unterwegs ist, wäre da nicht geeignet. Also ja, theoretisch könnte ich Ihnen das aufschreiben, wie man es auch machen könnte. Ich halte das nur aufgrund dessen, was wir so an Berichten von Alten- und Pflegeheimen haben, und auch dem, was ich selber aus eigener Anschauung kenne, halte ich das für nicht praktikabel. Das ist einfach ein sehr löchriges Sicherheitssystem. Wenn Sie so wollen, ist die Frage: habe ich einen Topf, den ich irgendwie zuklebe mit einzelnen Pflasterstreifen? Die Pflasterstreifen sind dann die einzelnen Mitarbeiter, die ich testen muss und die die FFP-Masken haben, wo ich das dann im Einzelfall auch überwachen muss. Oder arbeite ich umgekehrt mit einem System, wo der ganze Topf nur aus Pflasterstreifen besteht. Also habe quasi nur dieses improvisierte System. Das noch einmal vor dem Hintergrund, und das war für mich auch mit ausschlaggebend, dass es jetzt viele Berichte gibt, wo selbst die Heimleitungen dann zu den Impfkritikern gehören, und die Leute, die Impfkritiker sind, sind eben häufig dann auch identisch mit denen, die die nicht-pharmakologische Interventionen nicht ganz so eng sehen. Und wer soll das dann überwachen? Sollen sie in jedes Heim dann täglich das Gesundheitsamt schicken? Darum sage ich: Die Basis-Sicherheit ist auf jeden Fall höher, wenn alle geimpft sind und das verpflichtend ist. Und ich habe, glaube ich, auch sehr ausführlich begründet, warum ich finde, dass man das diesem Berufsstand auch zumuten kann. Das ist eine andere Situation, als wenn sie das für die Allgemeinbevölkerung machen. Daher finde ich nicht, dass da ein Widerspruch ist, sondern das ist für mich die Konsequenz dessen, was epidemiologisch geboten ist.

Camillo Schumann

Und wer sich ausführlich über die Beantwortung dieser Fragen informieren möchte, der

hört in Ausgabe 239 rein. Da haben wir diese Frage noch mal beantwortet, und zwar in aller Ausführlichkeit. Damit sind wir am Ende von Ausgabe 250. Vielen Dank, Herr Kekulé! Wir hören uns dann am Donnerstag wieder. Bis dahin!

Alexander Kekulé

Gerne. Bis dahin, Herr Schumann.

Camillo Schumann

Sie haben auch eine Frage, wollen was wissen? Dann schreiben Sie uns an mdraktuell-podcast@mdr.de oder rufen Sie uns einfach an, kostenlos: 0800 300 22 00.

Kekulé's Corona-Kompass als ausführlicher Podcast unter *Audio & Radio* auf mdr.de, in der ARD-Audiothek, bei YouTube und überall, wo es Podcasts gibt.

An dieser Stelle ein kleiner Tipp: Hören Sie doch mal in *Rechthaber* rein, der Podcast für Ihre juristischen Alltagsfragen.

MDR Aktuell: „Kekulé's Corona-Kompass“