

MDR Aktuell – Kekulé's Corona-Kompass

Donnerstag, 04. November 2021
#239

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

Link zur Sendung:

Antidepressivum Fluvoxamin hilft gegen Covid-19 (25.10.)

Studie: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(21\)00448-4/fulltext#seccetitle10](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00448-4/fulltext#seccetitle10)

Donnerstag, 04. November 2021

- Die Zahl der Neuinfektionen erreicht einen neuen Höchststand. Die Bundesländer reagieren mit verschärften Maßnahmen. Reichen die aus oder wäre ein Lockdown sinnvoll?
- Außerdem: Zwölfjähriges Kind stirbt zwei Tage nach zweiter BioNTech-Impfung. Wie ist dieser Fall einzuordnen?
- Dann: Ein Antidepressivum verhindert schwere Verläufe und Todesfälle. Ist dieses Medikament eine Alternative zur Impfung?
- Und: Sollte sich ein 16-Jähriger mit überstandener Herzmuskelentzündung eine Auffrischungsimpfung geben lassen?

Camillo Schumann

Wir wollen Orientierung geben. Mein Name ist Camillo Schumann. Ich bin Redakteur und 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

Hallo, Herr Schumann.

01:07

Camillo Schumann

Ja, das aktuelle Infektionsgeschehen, das sieht nicht gut aus. Das Robert-Koch-Institut hat heute mit knapp 34.000 Neuinfektionen einen neuen Höchststand gemeldet. Etwas mehr als am 18. Dezember 2020, dem Tag des zuletzt registrierten Höchstwertes. Wegen des Feiertages Allerheiligen könnte es Nachmeldungen gegeben haben. Aber nichtsdestotrotz ist die Entwicklung ziemlich eindeutig. Die bundesweite Sieben-Tage-Inzidenz lag bei 154,5. 165 neue Todesfälle wurden innerhalb von 24 Stunden gemeldet. Und noch eine Zahl: Knapp 2300 Menschen werden mit Covid-19 auf einer Intensivstation behandelt. Etwa so viele wie vor einem Jahr. Herr Kekulé, schlechtes Wetter, schlechte Zahlen, oder?

Alexander Kekulé

Ja, das ist leider so. Die Hoffnung, wenn ich das so sagen darf, ist natürlich, dass das hauptsächlich die Ungeimpften betrifft. Schlecht für die Ungeimpften, aber trotzdem muss man sagen: Das wäre dann sozusagen eine überschaubare Zahl von Personen, die sich da noch anstecken und so schwer erkranken kann. Je höher der Anteil von diesen schweren Verläufen bei den Geimpften ist, desto mehr Sorgen müssen wir uns natürlich machen. Und da hoffe ich sehr, dass, wenn wir in einer Situation sind, dass die Durchseuchung und die Impfung halbwegs die ganze Gesellschaft dann betreffen, dass wir dann weniger schwere Verläufe bekommen und diese Erkrankungszahlen wieder runtergehen. Das ist übrigens durchaus möglich, auch im Herbst. Also, ich weiß es nicht, ich mache da ja absichtlich natürlich keine Prognose. Aber es ist nicht auszuschließen, dass wir in den nächsten Wochen bei einer relativ hohen Inzidenz einen Rückgang der schweren Verläufe haben werden.

Camillo Schumann

Also, sozusagen direkt in der Welle geht es dann runter, obwohl man eigentlich das Gegenteil vermuten würde?

Alexander Kekulé

Ja, das hatten wir eben in England gesehen. Da war das ganz erstaunlich. Da war dann phasenweise die Inzidenz extrem hoch – auch in Israel gab es so eine Phase – wo dann die schweren

Verläufe und die Hospitalisierungen runtergegangen sind, weil man so eine Art Sättigungseffekt hatte letztlich. Und dann die Zahl derer, die ungeimpft betroffen waren, eben dann so klein geworden ist, dass es sozusagen nur noch oder hauptsächlich Geimpfte betraf. Damit ist das Problem nicht vom Tisch, das ist völlig klar. Aber das hat dann zur Folge, dass unter Umständen die Hospitalisierung wieder runtergeht.

03:25

Camillo Schumann

Weil Sie das Beispiel Großbritannien gebracht haben und auch Israel: Wie schnell könnte denn dieser Effekt eintreten, dass dann sich die Ungeimpften quasi infiziert haben und dann nur noch – in Anführungszeichen – „die Geimpften“ sich infizieren und möglicherweise auch hospitalisiert werden? Also, ist es – ich sage es jetzt mal ein bisschen salopp und böse und überspitzt: Also, ist es nicht sogar von Vorteil, dass es jetzt so eine hohe Inzidenz in manchen Landkreisen gibt?

Alexander Kekulé

Ja, das ist ja das, was Boris Johnson so gesagt hat. Der nannte das eben die *Exit Wave*. Und ich glaube, ein bisschen selbstironisch war er da schon dabei mit seinem *Brexit*. Aber natürlich weiß man nicht, wie schnell das geht. Aber es war tatsächlich im Vereinigten Königreich relativ zeitnah. Also, das kann man sich ja ganz praktisch vorstellen: Es ist natürlich nicht so, dass dann alle Ungeimpften quasi durchimmunisiert werden. Sondern, es ist so, dass bestimmte Gruppen, Bevölkerungsanteile sozial besonders aktiv sind. Und die, die da aktiv sind und sich exponieren, ungeimpft sind, die haben dann halt irgendwann das Virus natürlich abgekriegt bei so einer hohen Inzidenz. Das ist dann ein selbstverstärkender Mechanismus. Und in dieser, sage ich mal, Blase oder Subpopulation flaut dann die Infektion wieder ab. Ich weiß aber nicht, ob es so ist, und ich weiß auch nicht, ob es so kommt. Deshalb würde ich davor warnen, darauf zu setzen, dass bei uns die Entwicklung da einen ähnlichen Verlauf nimmt, wie wir es in Großbritannien gesehen haben. Und fast wichtiger ist noch, dass wir auf jeden Fall regionale Unterschiede sehen werden. Vielleicht wird es in einigen Bereichen so sein, wie ich es jetzt hoffe oder als, sage ich mal,

Best Case skizzieren kann. Aber wir haben natürlich dann immer auch andere Regionen in Deutschland, wo der *Worst Case* eintritt. Und das ist eben dann die regionale Überlastung der Kliniken.

05:14

Camillo Schumann

Einzelne Bundesländer, wie z.B. Baden-Württemberg, verschärfen jetzt ihre Maßnahmen genau deswegen. Ab sofort wird es im Ländle kein Schnitzel mehr ohne PCR-Test geben. Das heißt: In BaWü gilt ab sofort 3G. Geimpft, genesen und getestet. Der Test muss ein PCR-Test sein, den man dann auch selbst zahlen muss. Da kostet dann am Ende so ein Schnitzel 100 Euro. Der Druck auf die Ungeimpften wird größer: Wer die Impfung nicht hat, darf sich auch nur mit maximal fünf weiteren Ungeimpften treffen. Sie haben sich dieses Konzept mal angeschaut. Was halten Sie davon?

Alexander Kekulé

Ja, also, das hat viele Schwächen. Das muss man ganz klar sagen. Das eine ist, mal so grundsätzlich: Ja, das ist nett, wenn man eine PCR hat. Die ist natürlich zuverlässiger als der Antigen-Schnelltest. Wobei ja diese höhere Zuverlässigkeit schon ein bisschen mit abgefangen wird in den Verordnungen, weil man sagt: Die PCR gilt 48 Stunden und der Antigen-Schnelltest normalerweise nur 24 Stunden. Dadurch hat man da wieder so einen Unsicherheitsfaktor auf der zeitlichen Strecke eingebaut. Was man auch betonen muss, ist, dass ja, wenn der Antigen-Schnelltest negativ ist – nehmen wir mal an, er wird richtig gemacht – dann ist die Wahrscheinlichkeit schon sehr hoch, dass, falls da doch ein Virus vorhanden sein würde, das in so kleiner Konzentration ist, dass der Schnelltest das einfach nicht mehr erfasst hat. Also, der Schnelltest korreliert besser als die PCR eigentlich mit dieser Infektiosität. Und deshalb ist jetzt der Übergang von Antigen-Schnelltest auf PCR – ja, der gibt ein zusätzliches Sicherheitsniveau, das ist richtig. Die Frage, die man sich wirklich nur stellen muss, ist: Ist das bei so Freizeitveranstaltungen, Privatbedarf notwendig? Ist das da gerechtfertigt? Da habe ich so meine Zweifel.

Camillo Schumann

Warum?

Alexander Kekulé

Naja, weil: Es sind eben zusätzliche Kosten, die da entstehen für die Menschen. Die Anforderung ist ja letztlich die, dass man jetzt einen Test macht, der durchaus im Krankenhaus oder im Altenheim angezeigt wäre. Aber man verlangt den jetzt für einen Zugang zum normalen Leben. Und Sie haben ja gerade schon gesagt: Die Preise, die da aufgerufen werden, sind z.T. nicht im Verhältnis, sodass ich finde – wissen Sie, wir haben insgesamt ja ein Restrisiko, mit dem wir leben. Wir haben die Immunisierten und die Geimpften, die ja in einem Zustand sind, wo sie auch noch andere anstecken können, sodass die Frage ist: Welches Ziel haben Sie vor Augen? Haben Sie letztlich immer noch so dieses Gespenst der Herdenimmunität oder diese Utopie, besser gesagt, der Herdenimmunität vor Augen? Da kann ich nur sagen: Das sollte man langsam mal vergessen. Ich weiß, dass geistert noch durch viele Bestimmungen durch, auch durch die jetzt in Baden-Württemberg. Da sieht man richtig, dass die Autoren irgendwie noch an so etwas wie Herdenimmunität geglaubt haben. Aber das gibt es ja nicht, seit wir wissen, dass es so viele Impfdurchbrüche auch gibt. Und wenn Sie das nicht vor Augen haben, dann geht es ja nur noch um den Individualschutz. Und der Individualschutz wiederum, da kann man meines Erachtens nicht in einem Staat – und das ist auch nicht in Deutschland üblich – in einem Staat den Menschen vorschreiben, dass sie sich selber schützen müssen. Und deshalb sehe ich nicht wirklich, mit welcher Begründung man diese letzte Reserve ziehen muss. Also, wenn man da einen Unterschied hat zwischen Antigen-Schnelltest und PCR, dann schwimmt der in dem allgemeinen Lebensrisiko, was wir in der Pandemie haben, sowieso. Und deshalb glaube ich nicht, dass das irgendwas bringt außer Mehrkosten und schlechte Stimmung bei der Bevölkerung.

08:52

Camillo Schumann

Okay. Also, wenn 3G, dann Schnelltest mit einer kürzeren Zeit. Also, vielleicht zwölf Stunden, oder so?

Alexander Kekulé

Ja, wie das gehabt ist. Ich finde, wir haben ja eigentlich ein ganz gutes Verfahren bei dem 3G-Verfahren. Das ist ja eine andere Schwäche

dieser Bestimmungen in Baden-Württemberg – und das wird woanders so ähnlich sein: Bei 3G oder 2G ist man ja grundsätzlich auf der sicheren Seite, wenn man die Nachverfolgung sichergestellt hat. Und Nachverfolgung sicherstellen heißt eben: Das dürfen keine Riesenveranstaltungen sein, wo Sie im Falle eines Ausbruchs – das haben wir ja im Zusammenhang mit Berghain in Berlin mal besprochen – wenn Sie im Falle eines Ausbruchs keine Chance mehr haben, mitzubekommen, wer wen möglicherweise angesteckt hat und auch nicht schnell genug sind, die Leute dann in Quarantäne zu bringen. Und deshalb finde ich es sehr gefährlich, dass das – insbesondere das 2G – dann ja so funktioniert, dass man sagt: Okay, in diesem Fall dürft ihr die Masken wegtun. Und es gibt keine Höchstzahlen mehr. Es gibt keine Maximalzahlen, die zulässig sind oder erst ab zehn Tausenden von Teilnehmern wird das dann sozusagen eine Veranstaltung, die dann genehmigungspflichtig ist und besondere Auflagen hat. Da geht einem das aus dem Ruder. Also, so kann man das nicht machen, weil: Da wird völlig ignoriert, dass natürlich Geimpfte und Genesene auch das Virus weitergeben können. Und dass Sie auch da die Möglichkeit der Nachverfolgung haben müssen. Darum glaube ich, dass das ganze Konzept so eine Schiefelage hat. Und wenn man sich das anschaut, dann – ganz ehrlich gesagt – wundert es nicht, dass die Fallzahlen so drastisch hochgehen.

10:25

Camillo Schumann

In Sachsen wird z.B. darüber nachgedacht, auch ab Montag 2G überall einzuführen. Gastro und auch Kulturveranstaltungen etc. Und dort ist die Überlegung, dass 2G plus Maske, z.B. bei Kulturveranstaltungen, weiterhin dann verpflichtend ist.

Alexander Kekulé

Ja, also, das finde ich schon eher sinnvoll. Wo bei ich jetzt nicht nur 2G unterstreichen würde, sondern: Man muss sich ab einem bestimmten Punkt, wenn die Inzidenz sehr hoch ist, überlegen, ob man Veranstaltungen ab einer gewissen Teilnehmerzahl dann mit der Maske zusätzlich macht. Das kommt für mich auf die Teilnehmerzahl oder eben letztlich auf die Nachverfolgbarkeit an. Immer, wenn ich

weiß, ich habe eine Veranstaltung, wo ich im Falle eines Ausbruchs in der Lage bin, das hinterher wieder einzufangen – sprich: Mein Lieblingsbeispiel ist immer der Tanzkurs, wo man ja in der Regel noch weiß, mit wem man getanzt hat. Oder man hat mit jedem einmal. Dann ist es aber trotzdem so: Dann haben Sie, was weiß ich, 40 Leute oder sowas, die da teilnehmen. Die haben bezahlt und sind deshalb namentlich registriert und die kennen sich dann auch in der Regel alle. Und innerhalb weniger Stunden können Sie dann eine Alarmierung machen, dass jeder weiß: Da gab es einen positiven Fall. Da gibt es ganz viele ähnliche Beispiele, die so funktionieren. Und das krasse Gegenbeispiel ist eben: Sie sitzen irgendwo im Theater und wissen überhaupt nicht, wer hinter Ihnen und vor Ihnen sitzt. Und da ist es dann meines Erachtens, weil man die Nachverfolgung nicht gewähren kann, eben notwendig, die Maske zu haben. Aber das spielt keine Rolle, ob Sie da 2G oder 3G machen. Und meines Erachtens ist der Fehler, der in dem ganzen politischen Konzept drinsteckt – den man auch in Baden-Württemberg sieht und Sachsen will es jetzt kopieren, Bayern hat auch schon angedeutet, dass sie in die Richtung denken – dass man immer sagt: Ja, wenn die Inzidenz höher ist, dann müssen wir auf 2G umschalten. Da ist immer noch diese Idee dahinter, dass 2G jetzt wesentlich sicherer wäre als 3G. Dabei ist natürlich jemand, der sich kurz vorher getestet hat, vor so einer Veranstaltung, der ist bezüglich so einer Freizeitveranstaltung genauso sicher oder unsicher wie die anderen, weil ja auch die Geimpften natürlich eine gewisse Quote haben, wo die Impfung nicht funktioniert hat und sie dann trotzdem im Prinzip des Virus ausscheiden können.

12:35

Camillo Schumann

Aber: Was tun? Ich meine, das ist ein absolutes Dilemma. Das würde ja dann dazu führen, dass man sagt: Okay – wie es z.B. der Landkreis Bautzen macht. Der sagt z.B. jetzt: Schließt die Behörden. Und sagt: Nur noch persönliche Termine in Ausnahmefällen. Mal Hand aufs Herz, um jetzt nicht in eine erneute Katastrophe zu schlittern: Kurzer, harter Lockdown?

Alexander Kekulé

Ich glaube, das mit dem Lockdown wird nicht

funktionieren. Der wichtigste Grund ist natürlich, dass die Menschen das nicht mehr mitmachen würden und die ganze Politik schon die Weichen in eine andere Richtung gestellt hat. Die diskutieren ja sogar über die Aufhebung der epidemischen Lage oder das Auslaufenlassen der bundesweiten epidemischen Lage. Wir wissen ja nicht wirklich, wo sozusagen hier die Reise hingehet und wo unsere Schmerzschwelle ist. Also, wir haben eine hohe Inzidenz, ja. Aber die Inzidenz alleine ist natürlich berechtigterweise kein Grund mehr für einen Lockdown an der Stelle. Ich würde sagen: Zum jetzigen Zeitpunkt kann ich nicht sagen, dass wir jetzt sozusagen die absolute rote Ampel vor uns haben und einen Lockdown machen müssen. Man muss aber auch sagen, dass, wenn die Strategie so weiterfährt, insbesondere diese überhaupt nicht zu begründende Präferenz für 2G-Veranstaltungen in unbegrenzter Höhe ohne alle Sicherheitsmaßnahmen – nur, weil 2G schützen soll und weil man die Leute für die Impfung belohnen will. Wenn das also so weitergeht und man da nicht sich das nochmal überlegt an der Stelle, insbesondere dann auch bei 2G. Unter 2G-Bedingungen natürlich Stichproben braucht, die man testet, um zu sehen, ob es da Ausbrüche gegeben hat. Dann können wir rein theoretisch tatsächlich in dieser Winterwelle in eine Situation laufen, wo dann die Krankenhäuser so voll wären, dass man keine andere Option mehr hat als einen Lockdown. Und das ist natürlich jetzt der Teufel an die Wand gemalt. Ich will da auch jetzt nicht irgendwie irgendjemandem Angst machen. Aber wir haben das in Deutschland ja schon ein paar Mal geschafft. Was weiß ich mit Entsetzen jeweils gesehen habe. Wenn ich mich an die Situation in der ersten Welle erinnere, da war es ja wirklich so: Der Lockdown war absolut vermeidbar, wenn man früher reagiert hätte. Aber da wurde so lange irgendwie das Problem quasi mit der Kopf-in-den-Sand-Technik bearbeitet, bis man dann eben nichts anderes mehr machen konnte als den Lockdown. Und wenn wir hier im Winter jetzt wieder so einen Fehler machen, dass wir einfach von dieser Position: Geimpfte sind keine Überträger, die dürfen alles machen, nur die bösen Ungeimpften sind schuld. Und wenn es nicht funktioniert, dann gehen wir von 3G auf 2G, dann wird es schon

besser werden. Wenn man diesen Weg weitergeht, dann riskiert man den nächsten Lockdown. Ja, das kann man so sagen.

15:23

Camillo Schumann

Am Beispiel Sachsen sieht man das ganz gut. Da tritt ja am Wochenende die Vorwarnstufe ein. Das heißt, dass sozusagen die erste Stufe der Überlastung der Kliniken erreicht ist. Also, 180 Covid-Patienten sind jetzt auf Intensivstationen. Das ist die Grenze. Jetzt sind es nämlich 230. Und die Covid-Fälle auf Intensivstationen in Sachsen haben sich in den vergangenen vier Wochen verfünffacht. Und wenn man sich überlegt: Mit dieser Dynamik, die ja jetzt auch entsteht – wir haben über die Inzidenz ja gesprochen, dort in diesen Bundesländern – ist der nächste Schritt der Überlastung der Intensivstationen ja auch nicht mehr weit. Und dann steht man da und muss ja wieder überlegen. Und wenn man dann mit 2G um die Ecke kommt, ist ja auch ein bisschen schwierig, oder?

Alexander Kekulé

Das reicht dann einfach auch nicht. Zumal es kein, wenn ich mal so sagen darf, kein Gegenmittel ist. Was Sie gerade gesagt haben ist ganz wichtig: Also, es gibt ja in Baden-Württemberg, in Sachsen – da ist es sicher ähnlich – da gibt es ja diese Warnstufen. Ob das jetzt eine Ampel ist oder anders heißt – dann eben Basisstufe, Warnstufe, Alarmstufe. Das eine, was man sich klarmachen muss bei diesen ganzen Betrachtungen, ist: Diese Regelungen basieren nicht mehr auf der Inzidenz. Die Inzidenz ist ein sehr empfindlicher Zeiger, wenn man so sagen will. Der zittert mal rauf und mal runter. Das ist so ähnlich wie im Auto die Geschwindigkeit, wenn Sie aufs Gas gehen – oder der Tourenzähler im Auto, vielleicht noch besser – wenn Sie Gas geben, dann dreht das sofort hoch. Und wenn Sie vom Gas wieder runtergehen, geht das wieder runter. Wissen zumindest diejenigen, die noch nicht Elektroauto fahren. Und es ist so, wenn Sie aber die Tankanzeige anschauen, ja, dann ist es ganz schwer zu erkennen an der Tankanzeige, wie schnell Sie fahren, wie viele Kilometer Sie schon gefahren sind usw., weil das ein extrem träger Zeiger ist. Bis Sie da merken: Ups, mein Benzin ist ja alle, ist es manchmal schon fast zu spät. Moderne Autos haben da

was Digitales, was Sie warnt. Aber ich kann mich erinnern an meine Jugend. Da bin ich schon das eine oder andere Mal aus dem Grund mit dem Kanister zur nächsten Tankstelle gepilgert. Was heißt das hier? Wir haben jetzt einen extrem trägen Zeiger und wir müssen einfach uns darüber im Klaren sein: Wenn erstmal die Krankenhauseinweisungen hochgehen oder die Sterblichkeiten, dann ist es so, dass wir einen Prozess haben, den man auch nicht so schnell wieder bremsen kann. Das ist ein Tanker, der langsam wieder bremst. Und da haben wir auch nicht mehr viel Zeit, zu reagieren, weil alles, was wir dann machen, eben erst mit der entsprechenden Verzögerung – Sie wissen, es dauert eine Weile von Infektion bis Krankenhaus und Tod. Und mit der entsprechenden Verzögerung passiert dann auch alles, hat dann alle Effekte, was wir an Maßnahmen ergreifen. Und deshalb ist es durchaus gefährlich, mit diesen trägen Indikatoren zu arbeiten und dann ganz kurzfristig erst zu beschließen, dass man politische Maßnahmen ergreift.

Heißt hier im konkreten Fall: Wenn es eben so ist, dass man in kürzester Zeit – die Zahlen haben wir ja gerade gehört – von der Basis auf die Warnstufe geht, dann kam man doch mit gesundem Menschenverstand extrapolieren und sagen: Das wird in der nächsten Zeit auch die Alarmstufe reißen. Dann ist es unter Umständen, bei so einem trägen, sage ich mal, Alarmsystem, gar nicht so gut zu warten, bis dann wirklich genau die Marke erreicht ist und dem Zeiger zuzuschauen, wie er langsam hochklettert. Sondern: Es ist dann sicher besser, vorher schon Maßnahmen zu ergreifen.

18:39

Camillo Schumann

Nochmal die Frage: Was machen wir dann? Lockdown?

Alexander Kekulé

Ja, also, ich bin sehr zögerlich beim Lockdown, weil ich einfach nicht weiß, wieviel Puffer wir haben durch die Impfungen. Also, ich habe ja mal so ein bisschen sportlich gesagt – mit Blick auf die Zahlen in England am Anfang: 500 ist die neue 50 bei der Inzidenz. Inzwischen, wenn man sich jetzt die Entwicklung in Großbritannien anschaut, sieht man: Faktor 10 ist vielleicht ein bisschen zu großzügig. Vielleicht ist 250 die neue 50. Aber trotzdem: Irgendwo in

dem Inzidenzbereich, wenn wir da ankommen, sind wir wieder in einer ähnlichen Lage wie damals, als dann die Kliniken an der Grenze der Überlastung waren. Und wo dann ganz klar ein Lockdown nicht vermeidbar war. Ich selber finde, in der jetzigen Situation ist es auch nicht durchsetzbar. Wissen Sie, es gibt ja viele andere, selektivere Maßnahmen, die besser wären. Also, wir müssen die Impfung, der über 60-Jährigen, die noch ungeimpft sind – das sind ja knapp 3 Mio. noch – das müssen wir dringend voranbringen. Wir müssen unbedingt dafür sorgen, dass in den Altenheimen weniger Menschen sterben. Und da haben wir ja noch sozusagen *To-do*-Listen, die gar nicht erledigt sind. Ich glaube, wenn wir uns auf die stärker konzentrieren würden, haben wir eine Chance, das noch abzuwenden, dass man Lockdowns braucht.

20:06

Camillo Schumann

Okay, dann wollen wir uns auf diese *To-do*-Listen jetzt noch mal kaprizieren. Wie kann das – Sie haben es schon gesagt – das Sterben in den Altenheimen beendet werden? Täglich gibt es ja Berichte von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen, die nach einem Corona-Ausbruch gestorben sind, obwohl sie geimpft waren. Häufig gibt es da noch die Info dazu, dass das Personal nicht komplett geimpft ist. Die Quote teilweise so um die 50 %. Wir hatten ja am Dienstag über so einen Fall in Brandenburg gesprochen. Sie hatten als Konsequenz eine Impfpflicht für Personen gefordert, die mit Risikopersonen arbeiten, also für Pflegepersonal in Altenheimen. Wir haben dazu mehrere Anrufe, E-Mails von Hörerinnen und Hörern erhalten und viele waren, ich sage mal, überrascht über Ihre klare Forderung und haben Fragen. Wir wollen mal ein, zwei beantworten. Wie z.B. von diesem Anrufer:

„Sehr geehrter Herr Prof. Kekulé, ich habe mit Interesse Ihr Plädoyer für eine Impfung in Pflegeheimen verfolgt bei der Sendung am Dienstag. Jetzt würde mich aber Folgendes interessieren: Wenn nun auch Geimpfte das Virus weitergeben können, warum kommt es dann so entscheidend auf die Impfung an?“

Auch unsere Hörerin Frau M. hat gemailt. Sie spricht von einer Überhöhung der Impfung.

Also: Warum ist die Impfpflicht so wichtig, wenn doch die Wirksamkeit nun offenbar nicht so groß ist wie angenommen?

Alexander Kekulé

Das kommt sozusagen auf den grundsätzlichen Status der Pflegenden an. Also, ich bin ja immer dafür – auch in anderen gesellschaftlichen Situationen – dass man sagt: Wahlfreiheit ist die Regel. Also, der Grundsatz heißt für mich: Wenn man keine Impfpflicht hat – und da bin ich auch generell dagegen – dann ist die Wahlfreiheit die Regel. Das heißt also, dass man 3G plus Nachverfolgung statt 2G hat, dass man kostenlose Schnelltests hat, dass man die Leute, die nicht geimpft sind, auf keinen Fall diskriminieren darf. Meines Erachtens auch nicht finanziell benachteiligen soll – also, Lohnersatz bei Quarantäne ist da das Stichwort. Und es gibt auch keine Pflicht bei uns – das ist ethisch schon oft durchdiskutiert worden – dass der Mensch die eigene Gesundheit schützen muss. Also, man kann niemanden zur Impfung zwingen, damit er sich selbst vor Infektionen schützt. Sondern: Das kann immer nur begründet werden mit dem Schutz vor anderen. Und wir haben aber hier jetzt in den Altenheimen natürlich die Situation – das ist ganz klar: Es geht, um den Schutz der zu Pflegenden. Und wir stellen fest, dass der unvollständig ist. Und wir stellen fest, dass es so ist, dass das Pflegepersonal massiv unvollständig geimpft ist. Sie haben gesagt: Bis zu 50 %. Landesweit, habe ich gehört, ist es so, dass in Brandenburg angeblich – sagt, glaube ich, die Ministerin – 70 % der Pflegenden geimpft seien. Das ist aber 70 % im Vergleich zu 77 % der Erwachsenen, die sonst geimpft sind. Da ist die Impfquote geringer als die im Durchschnitt der Erwachsenen in Deutschland. Und wenn Sie diese 50 % nehmen, dann wäre das ja noch alarmierender. Und jetzt muss man die Frage stellen: Wieso gibt es nicht sozusagen das mildere Mittel, wie dann der Verfassungsrechtler sagen würde? Die einfach alle zu testen und zu sagen: Okay, das ist die Alternative, FFP-Maske und testen. Ja, rein theoretisch wäre das eine Alternative, das muss man ganz klar sagen. Die Hörer, die sich diese Gedanken machen, die denken völlig richtig, fachlich gesehen. Also, wissenschaftlich stimmt das. Aber da ist wirklich so die Frage: Ist das flächendeckend praktikabel? Und da sage ich: Nein. Weil: Es ist so, wenn Sie daran

denken, Sie müssten dann losgehen schon mal bei den PCRs – das müsste man auf jeden Fall mit PCR machen, ich fordere schon lange, dass man für Altenheime und Personal im Krankenhaus, sofern es mit Risikopatienten zu tun hat, nicht den Schnelltest nehmen darf. Leider fordere ich das ohne Erfolg. Sondern stattdessen die PCR braucht. Eine andere Situation als bei Freizeitveranstaltungen. Sie müssten also die PCRs beibringen, bundesweit flächendeckend für alle Altenheime und alle Krankenhäuser, wo die häufig jetzt noch mit den Antigen-Schnelltests machen. Die Arbeiten, die man mal schnell selber machen kann, wo auch wenig Kontrolle ist. Die ganze Logistik dafür steht nicht. Ich bezweifle nicht, dass wir in Deutschland in der Lage wären, die aufzubauen. Natürlich, das ist ja auch meine Forderung. Aber die Frage ist, wie schnell sowas praktikabel ist. Das andere ist: Das muss ja dann gemacht werden, es muss durchgeführt werden, es muss kontrolliert werden. Tägliche Tests – ja, das wäre sozusagen die Alternative – täglich PCR und Maske. Und da müsste man dann auch sagen: Was sind das für Masken? Also, wenn Sie so gucken, was in Deutschland verwendet wird, die sogenannten FFPs. Das ist etwas, was überhaupt nicht Krankenhaus-Standards entspricht. Also, das sind die Masken, die da in der U-Bahn und so getragen werden. Da bräuchten Sie also dann welche, die wirklich dicht sitzen. Und die müssten dann auch richtig aufgesetzt werden. Und dann wäre Schluss mit Nase frei, das ist völlig klar. Wer kontrolliert das? Und wenn Sie dann jetzt diese Schilderung aus dem Heim am Werbellinsee – das war natürlich nur die Spitze eines Eisbergs. Aber wenn man sich da die Schilderung anschaut, dass also der Heimleiter selber da dem ganzen Corona-Thema kritisch gegenüberstand und angeblich – aber ob das stimmt, dass er selbst infiziert zur Arbeit kam, kann man mal außen vorlassen. Aber da ist doch klar: Das Heim selber wird das nicht überall in Deutschland kontrollieren. Und da gibt es natürlich – ganz klar – viele, die wahnsinnig gewissenhaft sind, die sagen: Ich will mich halt nicht impfen lassen, darum nehme ich das in Kauf, dass ich jetzt diese Maske täglich anhabe, dass ich mich täglich teste. Und wenn die wollen, dass ich es mit PCR mache, mache ich auch gerne täglich PCR, aber nötigt mich nicht dazu,

mich impfen zu lassen. Und da ist ja der Vorschlag, den ich gemacht habe – das ist hoffentlich angekommen – der, dass man dann wirklich sagt, wenn jemand, aus welchen Gründen auch immer – weltanschauliche Gründe sind da ja ganz klar mit eingenommen – sagt, ich will das absolut nicht, dann soll das sozusagen die Alternative sein. Aber wenn Sie das nicht so haben, dass Sie als Regel haben: Die Impfung. Und dass Sie sagen: Okay, wir haben hier viele Geimpfte und einige wenige, die die Ausnahme sind. Dann wird das meines Erachtens nicht funktionieren. Das kann man vielleicht so erklären: Also, wenn Sie jetzt bundesweit geimpft haben, weil das einfach die Verpflichtung ist, dann ist die Basis des Schutzes ein Netz, was da ist. Und Sie haben da Löcher in dem Netz drin, dadurch, dass es einzelne nicht Geimpfte gibt. Diese Löcher stopfen Sie sozusagen, verschließen Sie mit besonderer Aufmerksamkeit, indem Sie eben dafür sorgen, dass diese einzelnen Menschen dann ein Spezialprogramm kriegen durch Masken und Tests. Der umgekehrte Fall ist ja, dass die Basis quasi die Löcher sind. Ja, also, da haben Sie überhaupt kein stabiles Netz als Basis und sind sozusagen nur am Löcher schließen. So wie jemand, der im Zelt ist. Ein kleines Loch im Zelt beim Camping können Sie mit Klebeband zumachen. Aber deswegen können Sie nicht sagen: Ich brauche nur Klebeband mitzunehmen, wenn ich zum Camping gehe, da baue ich mir dann irgendwie das Zelt. Also, ich will dieses stabile Netz haben als Basis.

27:03

Camillo Schumann

Aber ist es denn wirklich ein stabiles Netz?

Weil: Die Hörer argumentieren ja auch so: Naja, gut, wir wissen doch mittlerweile, dass die Impfung zum einen mit fortschreitender Zeit nicht mehr besonders wirksam ist. Aber auch, dass ein Geimpfter das Virus auch in einem guten Maß weitergeben kann.

Alexander Kekulé

Beides ist nicht 100 % sicher, das ist völlig klar. Aber einer, der einmal geimpft wurde, ist einmal geimpft. Und wenn Sie dann sagen, rein theoretisch: Da gibt es ein 20 % Risiko – ich nehme jetzt mal irgendeine Zahl – 20 % Risiko, dass der doch jemanden ansteckt, der Ge-

impfte. Dann können Sie natürlich sagen: Jemand, der ordnungsgemäß getestet wurde usw. hat auch noch so ein Restrisiko, jemanden anzustecken. Das ist wahrscheinlich in der gleichen Größenordnung sogar, oder in einer ähnlichen Größenordnung. Aber es ist so, in dem einen Fall, der ist einmal geimpft worden: Haken dran, erledigt. Und im anderen Fall müssen Sie eine Infrastruktur haben, die dafür sorgt, dass das auch jeden Tag wieder überprüft wird. Und das meine ich mit Basis. Also, wenn die Basis einfach ist, die Geimpften sind die Geimpften – ja, da gibt es eine Lücke, die natürlich da ist, die ist immer da, die ist unvermeidlich. Aber bei den anderen, da brauchen Sie sozusagen spezielle Tätigkeiten, die Sie überwachen müssen, wo Sie zusehen müssen, dass das funktioniert usw. Und da bin ich sicher, das können wir mit 10 %, 15 % der Bevölkerung machen. Darum war ich auch immer gegen eine Impfpflicht. Aber wenn das eben Richtung 30 % oder gar 50 % geht, dann funktioniert es eben nicht mehr. Ich habe noch einen anderen Aspekt: Ich habe ja schon letztes Mal gesagt – und das ist für mich persönlich der wichtigste Grund, kann ich nur nochmal sagen – es ist einfach so, persönliche Opfer zu bringen. Ich formuliere das mal absichtlich so drastisch. Das ist einfach ein Wesensmerkmal sozialer Berufe: Nicht immer, aber meistens. Deshalb haben die ja auch ein hohes Ansehen, weil man sagt: Mensch, die Schwester vom Roten Kreuz in Afrika arbeitet sich da auf unter Hintenanstellung ihrer eigenen Gesundheit. Der Soldat hat ja, wie Sie wissen, auch in Deutschland die sogenannte Duldungspflicht bei Impfungen. Die müssen sich impfen lassen, mit der Begründung, dass man sagt: In Kasernen und dem Einsatz kann es sonst zu Infektionen kommen. Und die müssen dann auch zum Schutz der anderen Soldaten sich impfen lassen, obwohl das ja gar keine Risikopersonen sind. Übrigens: In dem Fall noch nicht gegen Covid, aber gegen andere Erkrankungen. Und das haben Sie überall. Meines Erachtens ist es so, jetzt ist die Frage: Wie ist das Selbstverständnis dieser Berufsgruppe? Also, interessanterweise gab es im Sommer mal eine Studie vom Robert-Koch-Institut. Da haben die geguckt, wie damals die Impfquote in so pflegenden Berufen und im Krankenhaus ist und so. Und da hat das korreliert mit der Arbeit. Also, diejenigen,

die auf den Intensivstationen die Schwerstkranken behandelt haben, in den Geriatrien, in den Altenheimen – also, nicht Altenheim, sondern geriatrischen Abteilungen, Alterserkrankungsabteilung vom Krankenhaus – die wirklich mit besonderen Risikopatient zu tun haben, die haben sich fast 100 % - also, zu einem sehr, sehr hohen Prozentsatz – impfen lassen. Und die anderen eher nicht so. Das heißt also: In diesen pflegenden Berufen versteht man schon, worum es geht. Man weiß, wer gefährdet ist und man weiß, dass man eine besondere Verantwortung hat. Und ich glaube, wenn man die Menschen bei dieser Verantwortung jetzt packt und sagt: Wer A sagt, muss auch B sagen – habe ich, glaube ich, gesagt – dann glaube ich, spiegelt sich das auch umgekehrt in die gesellschaftliche Anerkennung rüber. Auch in die Auswahl der Menschen, die dann so einen Beruf ergreifen. Und das ist letztlich aus meiner Sicht eine Chance – weil ja immer Anerkennung und Anforderung etwas Gegenseitiges ist – dass man auch die Pflegeberufe dann aufwerten kann bei dieser Gelegenheit. Das ist ja etwas, was immer gefordert wird, dass die mehr Geld kriegen, dass die mehr Anerkennung bekommen. Und ich glaube, dann kommt es eben auch auf das Selbstverständnis an, ob man sagt: Ich habe hier einen sozialen Beruf und darum muss ich bestimmte Sachen unter Umständen in Kauf nehmen. Und wenn es gar nicht anders geht, mich eben testen lassen. Ich denke auch – vielleicht das eine noch als Allerletztes. Ich denke auch so ein bisschen an die Situation in so einem Altenheim z.B. Wenn das völlige Wahlfreiheit ist, dann macht es der eine und der andere macht es nicht. Und dann gibt es natürlich einen sozialen Druck auf diejenigen, die sich nicht impfen lassen, weil meistens ja dann die Mehrheit doch irgendwie das Gefühl hat, sie muss die Minderheit mit moralischen Argumenten überzeugen. Wenn Sie eine klare Regel haben, dass es eine Impfpflicht gibt – und dass es bei dieser Impfpflicht auch Ausnahmen gibt, die genau definiert sind – dann muss sich keiner mehr rechtfertigen. Die, die die Ausnahmegenehmigungen haben, die haben die Ausnahmegenehmigung und müssen sich nicht jeden Tag anhören, dass sie unsozial wären o.Ä., sodass auch da, glaube ich, eine größere Klarheit da ist. Und darum will ich einfach nur sozusagen die Grundkoordinaten

sozusagen wie von Schwarz-Weiß-Bild auf Weiß-Schwarz-Bild umstellen. Die Regel ist einfach: Du musst geimpft sein. Und wenn du eine Ausnahme hast, dann hast du eine Ausnahme. Dann gibt es aber dann auch mit den Kollegen keine Diskussion mehr darüber.

31:52

Camillo Schumann

Also, Sie vertrauen jetzt, wenn ich Sie richtig verstanden habe – Sie haben es ja nun sehr gut ausgeführt – weniger auf die Umsetzbarkeit der flächendeckenden Tests. Der geschäftsführende Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, der hat sich gestern auf der Bundespressekonferenz auch zum Fall dieses Altenheims in Brandenburg geäußert. Und er ist, was die Tests angeht, ein bisschen zuversichtlicher. Wir hören mal kurz rein:

„Die jüngsten Todesnachrichten aus einer Seniorenresidenz in Brandenburg, aber auch aus anderen, haben uns erneut vor Augen geführt, wie wichtig dort weiterhin verpflichtende Testkonzepte sind. Ich sage noch einmal: Das gilt unabhängig vom Impfstatus. Denn gerade in diesen Bereichen, wo die besonders Verwundbaren ihre Wohnung haben, ihr Leben leben, gerade in diesen Bereichen ist es eben sehr wichtig, dass diejenigen, die ein- und ausgehen – das ist das Personal und das sind die Besucherinnen und Besucher – nicht das Virus – selbst, wenn sie geimpft seien sollten – in die Einrichtung hineinbringen. Ich werde sehr dafür werben, bei der Gesundheitsministerkonferenz morgen und übermorgen, bei den Kolleginnen und Kollegen, dass wir diese verpflichtende Testung, die einige Länder schon haben, aber eben noch nicht alle, auch in ganz Deutschland haben. Ich möchte das Sterben in den Pflegeheimen nicht noch einmal erleben müssen wie im letzten Winter.“

Tja, was sagen Sie dazu?

Alexander Kekulé

Naja, also die gute Nachricht ist: Da hat er doch sehr deutlich gemacht, dass er verstanden hat, dass also die Geimpften zur Epidemie beitragen. Das hat er ganz klar verstanden. Und ich finde es auch richtig, dass er sagt, dass auch die Geimpften getestet werden müssen. Aber das ist natürlich klar, ich meine, der Bundesminister kann es in seiner Pressekonferenz

jetzt nicht so differenziert auseinanderdröseln, aber da muss man eben die Frage stellen: Wer wird wie getestet? Hat er die Besucher noch in einen Topf mit geworfen? Und da ist es natürlich ein Unterschied, ob Sie jetzt – natürlich müssen Sie einen Unterschied machen zwischen Besuchern, geimpftem Personal und ungeimpftem Personal. Und tägliche PCR-Tests für ungeimpftes Personal, das hat er nicht so explizit gesagt. Wahrscheinlich, weil er auf einem kleinen Zettel stehen hatte, dass das logistisch ganz schön aufwendig ist. Also, ja, rein theoretisch, das ist natürlich so. Wenn man in einer akademischen Welt leben würde, würde man das aufs Papier schreiben und würde sagen: Es gibt da eine Alternative. Und sobald es eine Alternative gibt, ist ja eigentlich dieser Eingriff in die Unversehrtheit der Menschen und die Selbstbestimmung, ob ich mich impfen lassen will oder nicht – auch am Arbeitsplatz – im Grunde genommen nicht mehr gerechtfertigt. Ich glaube, diese Alternative hat der Bundesgesundheitsminister hier mitnichten aufgezeigt, sondern nur so eine Art allgemeine Willenserklärung abgegeben. Wenn mir jetzt jemand wirklich sagen würde, wie das konkret funktionieren soll, dass man ohne die Impfpflicht die Alten schützt – was ja das gemeinsame Ziel ist. Wenn ich so einen Weg sehen würde, dann würde ich nicht für die Impfpflicht plädieren, die ja auch sehr, sehr beschränkt ist auf bestimmte Situationen. Ich möchte aber trotzdem daran erinnern – wenn man das so hört in genau dem gleichen Ton, klar, ist ja auch die gleiche Stimme, ist auch die gleiche Situation – hat der Bundesgesundheitsminister am 16. September letzten Jahres feierlich erklärt: Er ist jetzt dafür, dass in Altenheimen getestet wird, um die Alten zu schützen. Und danach gab es die schwerste und tödlichste Welle, die wir je in Deutschland hatten. Jetzt sagt er sowas Ähnliches und jetzt muss ich einfach sagen: Entschuldigung, du hast deine Chance gehabt. Wird dann auch nicht mehr Minister sein. Das ist mir zu wenig, um jetzt zu sagen: Ich lasse es einfach weiterlaufen. Der konkrete Vorschlag, hier eine Impfpflicht einzuführen, nur für die, die wirklich diese unmittelbaren Kontakte mit den Risikopatienten haben, mit einer relativ großzügigen Ausnahmeregelung, die dann ja genau das in

Anspruch nehmen, was der Minister hier anbietet, nämlich die täglichen PCR-Tests, falls er das gemeint haben sollte und die Masken. Ich glaube, das ist der viel praktikablere und der sicherere Weg, als jetzt zu hoffen, dass diesmal die Ankündigung von Herrn Bundesminister Spahn richtig ist.

35:52

Camillo Schumann

Aber er hat ja auch die Gesundheitsministerkonferenz angesprochen, heute und morgen. Und da sind wir dann gespannt, inwieweit er sich da durchsetzen konnte, inwieweit auch das Verständnis bei den Gesundheitsministern der Länder ist, ob es PCR, ob es Schnelltests, ob auch Geimpfte getestet werden sollen? Da sind wir mal gespannt, würde ich sagen. Und Herr Spahn, ganz kurz. Herr Spahn hat auch auf dieser Pressekonferenz gesagt, warum er gegen die Impfpflicht ist. Und er hat es sich damit auch nicht einfach gemacht. Wollen wir uns das noch anhören? Ich denke ja.

Alexander Kekulé

Ja, natürlich, klar.

Camillo Schumann

„Es ist schon ziemlich viel Spannung im Land rund um das Thema Impfen. Ziemlich viel. Und diese Spannungen dürfen nicht zu Spaltungen führen. Meine Sorge bleibt – gerade mit dem auch, was ich in Diskussionsveranstaltungen in den Regionen selbst erlebt habe, die sehr geringe Impfquoten haben, und das sind auch die Regionen, wo auch beim Pflegepersonal die Impfquote geringer ist, Sie haben es angesprochen – ist meine echt große Sorge, dass, wenn wir eine verpflichtende Impfung, auch in diesen Berufsgruppen, einführen, dass sie sich nicht impfen lassen, sondern, dass die weg sind. Also, wenn 50 % des Pflegepersonals sagt, dann bin ich hier weg, dann haben wir ein Problem. Und wenn die dann auch noch rausgehen aus der Debatte sozusagen und gar nicht mehr erreichbar sind, weil eine solche Verpflichtung dazu führt, dass gar kein Gespräch mehr möglich ist, sondern Verhärtung entsteht, dann ist es richtig schwierig. Und das ist meine Sorge. Ich wäge die Argumente jeden Tag. Ich sehe auch das Problem. Es tut einem ja im Herzen weh. Ich finde, es gibt eine moralische Pflicht in jedem Fall, wer in diesen Bereichen arbeitet, sich auch impfen zu lassen. Aber für mich wiegt

eben diese Frage, was löst das aus – gesellschaftlich und bei den einzelnen – weiterhin sehr, sehr stark.“

Also, er windet sich da ziemlich. Also, er macht es sich auch nicht einfach.

Alexander Kekulé

Ja, er bringt aber auch Sachen durcheinander. Er hat ja jetzt quasi bei der Frage der Impfpflicht – es ging ja aber wohl in dieser Pressekonferenz um die Impfpflicht für ganz bestimmte Berufsgruppen. Und da auch nur für bestimmte Personen. Jeder kann ja im Krankenhaus z.B. in einem anderen Bereich arbeiten. Und es würde ja auch überhaupt nicht für Arztpraxen u.Ä. infrage kommen. Da bei dieser Frage hat er letztlich die Argumentation aus der Tasche gezogen. Politiker haben natürlich immer solche, sage ich mal, Sprechereinheiten, solche *Copy-Paste*-Einheiten, sonst würden sie die vielen Journalistenfragen nicht überstehen. Aber da hat er eigentlich die Antwort rausgezogen, die für die allgemeine Impfpflicht gilt. Und hat auch so angefangen in seinem gerade vorgespielten Zitat und dann irgendwann die Kurve gekratzt und gesagt: Naja, das gilt irgendwie auch für den Fall der Pflege in diesen Regionen. So ist es ja nicht. Also es ist so: Sie haben natürlich im Krankenhaus und in Altenheimen haben Sie natürlich ein Personal, was weiß, dass es in einer besonderen Verpflichtung steht. Und ich meine, man muss die hier bei ihrer Berufsehre einfach packen. Und ich bin da wesentlich optimistischer und würde da nicht alles über einen Kamm scheren. Wenn er da bestimmte Regionen nennt – in dem Fall ging es ja da ganz konkret und Brandenburg. Ich glaube nicht, dass man sagen kann: Weil in der Region die Stimmung so und so ist, ist sie 1:1 auch beim Pflegepersonal so. Aus verschiedenen Gründen: Zum einen kommt das Pflegepersonal häufig eigentlich von auswärts. Ist also nicht ursprünglich in der Region geboren und kommt von dort, sondern arbeitet – z.T. sind das ja Menschen aus osteuropäischen Ländern. Und zum anderen ist es eben einfach ein ganz besonderer Beruf. Man muss den Leuten klarmachen, dass sie was ganz Besonderes sind. Und genau die gleiche Befürchtung bei der Verpflichtung zur Impfung vom Pflegepersonal und medizinischem Personal hatte man eben in Frankreich, hatte man in den USA. Und

dort ist eben dann praktisch gesehen dieser auch dort vorhergesagte Schwund nicht eingetreten. Und ich glaube ganz fest daran, dass man das bei uns machen könnte, wenn man das richtig kommuniziert. Also, klar will ein Minister, kurz bevor er sozusagen hier sein Amt übergibt, jetzt nicht zum Schluss so eine weittragende Entscheidung treffen. Das überlässt er dann seinen Nachfolgern. Aber trotzdem ist es so, dass in dieser Situation jetzt, finde ich, dieser Schlinger-Weg, den man da wählt, weil man irgendwie Angst vor Querdenkern hat, den finde ich den falschen. Sondern: Diejenigen, die wenigen Querdenker, die es meinetwegen geben kann unter dem Pflegepersonal, denen muss man dann Kante zeigen und sagen: Okay, dann kannst du eben genau diese Tätigkeit nicht ausüben. Und die allermeisten, meines Erachtens, werden dann Einsehen haben. Und wer nicht, der muss eben dann quasi so einen Sonderantrag stellen. Da ist es dann aber leichter zu überwachen, wenn es nur ein kleiner Anteil ist. Der muss eben dann die regelmäßigen, täglichen PCRs und das ständige Tragen der FFP-Maske auf sich nehmen. Ich verstehe das auch, wenn einer wirklich vor diesem, sag ich mal, neumodischen Zeug mit diesen Impfstoffen – und dann gibt es nur diese RNA-Impfstoffe, wo man nicht genau weiß, die sind noch nicht lange erprobt und da sagt man: Mensch, bei den Kindern ist man sich nicht sicher, wie die Langzeiteffekte sind. Und ich bin doch erst 50. Ich will ja auch noch 40 Jahre leben. Was ist mit mir? Also, wenn dann einer am Ende des Tages sagt: Ich fühle mich da so unwohl dabei, das will ich einfach nicht. Dann glaube ich, ist das für den auch nicht so schlimm, jeden Tag diesen PCR-Test zu machen und die Maske zu tragen. Und ich glaube, das würde sich sortieren. Das würde sich ganz gut sortieren und würde meines Erachtens eben sogar zu weniger Dissonanz in der Gesellschaft, speziell in den Altenheimen, führen, weil eben dann auch dieser moralische Druck von zwei Parteien, die gegeneinander kämpfen, weg wäre.

41:17

Camillo Schumann

Dissonanz ist ja auch bei den Experten. Der Hausärzterverbandeschef Herr Weigel z.B., der fordert – genau wie Sie – so eine verpflichtende Impfung für alle Mitarbeiter im

Pflegesektor. Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung Andreas Westerfellhaus hat sich gegen eine Corona-Impfpflicht für Pflegekräfte ausgesprochen. Also, da merkt man ja auch, dass sozusagen die Verbände, auch die Verantwortlichen da hin- und hergerissen sind. Wir sind gespannt. Die Gesundheitsminister treffen sich und wir sind gespannt, welche Dynamik dieses Thema noch erfährt. Herr Kekulé, kommen wir zum nächsten Thema. Das Thema Impfen ist ja, wir haben es ja mitbekommen, für einen Teil der Bevölkerung offenbar ein sehr emotionales. Und kommen wir von den Impfungen zu Pillen, die gegen Covid-19 wirken. Wir sprechen ja ab und zu mal, wenn wieder eine Pille – in Anführungszeichen – „Heilung“ verspricht. Bisher waren Medikamente, ich sage mal, eine Enttäuschung. Aber es gibt ja mittlerweile so eine Handvoll Medikamente, die eine ganz gute Wirkung haben. Zuletzt hatten wir über Molnupiravir gesprochen. Hersteller Merck sprach in seiner Zulassungsstudie sogar von einem *Game-Changer*, hat in den USA eine Notfallzulassung beantragt. Es sei auch die erste Tablette gegen Covid-19 überhaupt. In Ausgabe 226 hatten wir ausführlich darüber gesprochen. Und häufig ist es ja bei diesen Medikamenten so, dass sie ursprünglich für eine andere Erkrankung hergestellt wurden, aber – warum auch immer – dann gegen Covid-19 helfen.

Alexander Kekulé

Ja, das ist z.T. gar nicht klar, warum es hilft. Aber man hat ja ganz bewusst von Anfang an in dieser Pandemie gesagt: Wir nehmen mal alles, was wir im Regal haben – das war wirklich so die Regel – und probieren mal aus, ob es wirkt. Das war wirklich so ein bisschen der Versuch. Und da ist leider nur ganz, ganz wenig übriggeblieben. Die WHO hat da relativ spektakulär ein Programm gehabt, das haben wir besprochen. Und am Schluss ist dann auch noch der letzte Mohikaner irgendwie aus der Runde geflogen. Jetzt hat man doch ein paar Sachen gefunden, die – zumindest, wenn man sie frühzeitig einnimmt – eben die Virusvermehrung, wenn man so sagen darf, ein bisschen hemmt. Ob Sie jetzt das Molnupiravir von Merck nehmen oder ob Sie jetzt hier, was gerade aktuell ist, das Fluvoxamin nehmen oder andere. Es gibt ja auch monoklonale Antikörper, die hel-

fen. Also, das berühmte Donald-Trump-Heilmittel von Regeneron ist letztlich auch nichts Anderes. Ist wesentlich teurer, aber auch kein anderes Prinzip. Nämlich: Dass man ganz frühzeitig während der Erkrankung anfängt, zu therapieren. Und die haben eben alle den Nachteil, wenn ich mal so sagen darf, dass man sie ganz, ganz früh einsetzen muss, diese Medikationen. Früh einsetzen deshalb, weil ja das Immunsystem, wenn es am Anfang gleich schnell anspringt, die Sache selber in den Griff bekommt. Weiß keiner genau, bei wem das so ist, aber wir wissen: Bei Älteren ist es öfters schlechter von der Reaktion her. Und wenn aber das Immunsystem nicht schnell genug anspringt, dann kommt es – so ist zumindest unsere Theorie schon relativ lange – zu einer kurzzeitigen, unkontrollierten Vermehrung des Virus. Stichwort: Angeborene Immunität war nicht stark genug. Oder: Die Voraktivierung des Immunsystems war nicht stark genug. Und wenn sich dann das Virus schon mal vermehrt hat und insbesondere dann auch im Organismus in Bereiche ausgebreitet hat, wo es ja nun eigentlich gar nicht hin darf und auf der Schleimhaut nicht abgewehrt wurde, dann kommt im zweiten Schritt die eigene Immunantwort und sagt: Mensch, da ist ja ein Virus irgendwo auf irgendwelchen Gefäßoberflächenzellen, das muss da weg. Und fängt also an, das Virus zu bekämpfen. Und durch diese Autoimmunreaktion wird man eigentlich dann erst so richtig schwer krank. Sodass es völlig logisch ist: Wenn man ganz früh eingreift, kann man den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen, schwere Verläufe verhindern. Nur die Frage ist halt: Wem geben Sie das? Jedem, der irgendwie Kontakt mit Covid hatte? Oder jedem, der Antigen-Test positiv war? Erinnerst mich ein bisschen an die Diskussion mit Tamiflu bei Influenza. Da ist es auch so gewesen, wenn Sie das Ganze rechtzeitig und frühzeitig nehmen, können Sie schwere Verläufe ganz deutlich verringern. Aber Sie können ja nicht jedem Influenza-Patienten gleich Tamiflu in die Hand drücken. Und wenn Sie das machen, passiert das, was dort der Fall war, nämlich, dass sich dann ganz viele Resistenzen gebildet haben in kürzester Zeit.

45:21

Camillo Schumann

Dass Medikamente, die gegen Covid-19 helfen,

eigentlich für andere Erkrankungen bestimmt waren: So war es auch bei diesem Medikament, über das wir jetzt sprechen wollen. Sie haben es schon genannt: Fluvoxamin, so heißt es. Und es ist eigentlich ein Antidepressivum. Aber, oh Wunder: es hilft erstaunlich gut gegen Covid-19. Das haben jetzt brasilianische Wissenschaftler herausgefunden. Wir wollen jetzt über Wirkweise, Nebenwirkungen, Behandlungen sprechen. Aber erstmal: Wie kommt man eigentlich auf die Idee, ein Antidepressivum gegen Covid-19 zu testen? Also, da muss doch irgendjemand gesagt haben: Mensch, jetzt nehmen wir das mal.

Alexander Kekulé

Der gab es schon vorher Hinweise. Es gab schon einzelne Berichte, Einzelfallberichte letztlich, die festgestellt haben, dass Leute, die das sowieso genommen haben – bei uns in Deutschland ist die typische Indikation von diesem Fluvoxamin sind Zwangsstörungen, aber auch Depressionen, Angststörungen. Und da ist es so: Da gibt es einfach Leute, die müssen das sowieso nehmen. Und da hat man eben festgestellt, dass es da statistische Unterschiede im Verlauf gibt. Und daraufhin hat man wahrscheinlich noch die ganzen anderen Tabletten, die die so schlucken, auch untersucht. Das weiß ich nicht genau. Aber letztlich ist man dann bei diesen sogenannten Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern hängengeblieben. Also, Serotonin ist ja so ein Botenstoff im Gehirn. Und wie jeder weiß, aus der, sage ich mal, Publikumspresse, kann der im Prinzip so positive Emotionen vermitteln. Wenn man in Serotonin-Stimmung ist, geht es einem tendenziell besser. Und diese Medikamente sorgen dafür, dass das Serotonin in der Nervenzelle nicht so schnell wieder aufgenommen wird. Das funktioniert quasi so: Die (Nervenzelle) sondert dieses Serotonin ab als Botenstoff und macht dann diese positiven Gefühle, sage ich mal. Die Psychiater werden mich jetzt schimpfen, dass ich es so einfach erkläre. Wenn dann aber quasi dieser Effekt erzielt ist, dann nimmt die Nervenzelle das Serotonin wieder auf und damit ist der Schalter wieder ausgeschaltet. Und diese Wiederaufnahme wird ein bisschen gebremst durch diese Medikamente. Und dadurch bleibt also quasi die positive Stimmung eher übrig. Und eine neurologische rosa Brille, die wirkt eben erstaunlicherweise auch,

wenn Sie so wollen, in der Frühphase der Covid-Infektion gegen das Virus. Also, das ist ein ganz interessanter Zusammenhang, dass Medikamente, die so auf die Stimmung sich auswirken, dass die in diesem Fall auch das Immunsystem betreffen können.

47:46

Camillo Schumann

Und in dieser Studie war es ja so: Es gab ja eine große Gruppe an denen, die das genommen haben und eine große Gruppe, die es nicht genommen haben. Und die Auswirkung bzw. das Ergebnis, das war doch ziemlich erstaunlich.

Alexander Kekulé

Ja, also, das war eine spannende Studie. Die ist in Brasilien durchgeführt worden. Die haben das dort an elf verschiedenen beteiligten Krankenhäusern oder Einrichtungen gemacht, zusammen mit kanadischen Kollegen. Und die ist wirklich sehr, sehr sauber gemacht. Ist auch in einem guten Journal, das heißt Lancet Global Health, erschienen gerade. Und das ist so eine richtige, kontrollierte Studie. Aber wir haben ja immer mal wieder den Unterschied zwischen Beobachtungsstudien und kontrollierten Studien besprochen. Also, hier hat man wirklich eine placebokontrollierte, randomisierte Blindstudie gemacht. Das heißt also, das ist so der höchste Standard, den man machen kann, um Wirksamkeiten nachzuweisen. Man macht zwei Gruppen, die vergleichbar sind. Also, für jeden Studienteilnehmer, der das Medikament nimmt, gibt es jemanden in der Kontrollgruppe, der ein Placebo bekommt – also, einen nicht wirksamen Wirkstoff – und der aber in jeder Hinsicht so *gematched* ist, wie wir sagen. Also, vom Geschlecht her passt und vom Alter her und von den sonstigen Risikofaktoren. Und keiner weiß, ob er Placebo hat oder das echte Medikament. Das heißt, die Tabletten werden so gemacht, dass man es nicht erkennt. Und doppelblind heißt nicht, auf beiden Augen blind. Sondern: Das heißt, dass der Patient nicht weiß, ob er in der Studiengruppe oder in der Kontrollgruppe ist. Und der Arzt, der ihn überwacht, auch nicht. Also, das ist dann ganz sicher. Weil: Dann gibt es dann sozusagen keine indirekte Beeinflussung durch das Verhalten des Arztes. Und das hat man gemacht mit insgesamt ungefähr 1500 Probanden. Die

Hälfte hat das Mittel gekriegt, die Hälfte Placebo. Mit ungefähr 50 Jahren im durchschnittlichen Alter. Das Ganze ist gemacht worden von Januar bis August in Brasilien. Also, in dem Zeitraum, wo das Virus noch richtig gewütet hat dort. Die hatten jetzt nicht die Delta-Variante. Aber darauf kommt es jetzt nicht so an bei diesen Medikamenten, weil die nicht so variantenspezifisch sind. Das ist ein Unterschied zu Impfstoffen, dass es hier nicht so auf die Variante ankommt. Und da ist eben so: Im Krankenhaus gelandet sind von der Therapiegruppe 11 % und von der Placebo-Gruppe 16 %. Also, doch ein statistisch signifikanter Unterschied. Das heißt also, 32 % besser, ein Drittel ungefähr, kann man sagen, besser haben die abgeschnitten, die das Medikament genommen haben. Und noch deutlicher war es, wenn man sich anschaut, wie viele wirklich gestorben sind. Da ist jetzt unter den konkreten 1500 Studienteilnehmern, die man am Schluss dann wirklich genommen hat und wo man alles ausgewertet hat, ist insgesamt in der Gruppe, die das Medikament bekommen hat, nur einer gestorben. Und in der anderen Gruppe sind 12 gestorben. Das kann natürlich jetzt Zufall sein, dass es so ein dramatischer Unterschied war. Aber wenn man das nehmen würde, wäre das 99 % Schutzquote.

Camillo Schumann

Aber kann das wirklich Zufall sein?

Alexander Kekulé

Ja, man muss nur ein bisschen aufpassen. Also, ich will jetzt nicht so ins Detail gehen. Aber man nimmt bei so einer Studie ja am Anfang Leute, wo man die Absicht hat, dass die alle teilnehmen sollen. Das nennt man *Intention-to-treat*, also *ITT*. Diese ITT-Gruppe ist die große Gruppe und im Laufe so einer Studie – das können Sie sich vorstellen – werden das immer weniger und weniger. Der eine sagt: Ich habe keine Lust mehr. Der Dritte hat vergessen, das Medikament zu nehmen, der Vierte kommt einfach nicht mehr oder sonst was. Und dann werden die immer weniger. Und am Schluss hat man welche, die man wirklich ausgewertet. Und das ist ein Selektionsprozess. Also, bei diesem Selektionsprozess kriegen Sie sozusagen nur die engagierten Studienteilnehmer am Schluss. Sodass jetzt, wenn man jetzt sol-

che kritischen oder sehr, sehr dramatischen Effekte hat, dann geht man typischerweise einen Schritt zurück und schaut: Wie ist das eigentlich insgesamt bei der gesamten Gruppe gewesen, der *Intention-to-treat*-Gruppe, die ja größer ist? Und da war der Unterschied wesentlich weniger dramatisch. Da war es so, dass da 17 gestorben sind in der therapierten Gruppe und 25 in der Kontrollgruppe. Da haben sie also auch noch einen deutlichen Schutzeffekt, aber der liegt dann so bei 32 % oder so was. Das heißt also: Es ist ein deutlicher Effekt. Auch, bzgl. der Sterblichkeit, bzgl. der Hospitalisierung, die hier als hauptsächlicher Parameter genommen wurde. Und der reicht völlig aus, um zu sagen: Das Mittel wirkt, das tut, was es soll, das verringert die Hospitalisierung und die Sterblichkeit. Man hat die Studie sogar abgebrochen, Anfang August, weil man eben gesagt hat: Das ist so eindeutig, dass sie das nicht mehr verantworten können, die Kontrollgruppe, die ja nicht weiß, dass sie die Kontrollgruppe ist, sozusagen mit Placebo zu füttern.

52:24

Camillo Schumann

Und das ist doch aber genau das Ziel, was wir erreichen wollen mit auch den Impfungen. Also, wir wollen, dass die Todesfälle zurückgehen. Wir wollen, dass die schweren Verläufe zurückgehen. Deswegen: Wäre das nicht möglicherweise auch für Menschen, die kurz vor der Hospitalisierung stehen, eine Möglichkeit, das dann auch einzunehmen? Oder sind die Nebenwirkungen zu groß?

Alexander Kekulé

Nein. Also, Sie müssten das über 10 Tage nehmen, in so einer normalen Dosis, wie das dann auch therapeutisch in der Psychiatrie eingesetzt wird. Das wäre jetzt nicht das Thema. Das wird sogar im Gegenteil in der Psychiatrie z.T. viel länger eingesetzt. Da sind die Nebenwirkungen dann wirklich relevant. Ich glaube, eins der wichtigsten ist, dass es sich auf die Libido durchschlägt. Das ist so, dass tatsächlich die Nebenwirkungen hier nicht so im Vordergrund stehen, zunächst mal. Aber die Frage ist ja letztlich: Wem wollen Sie es denn geben? Also, Sie müssten das wirklich genau von der Indikation her einschränken auf Personen, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf haben. Ich würde sagen, was mir als Erstes dazu

einfällt, wenn Sie z.B. geimpfte, ältere Menschen haben. Und nehmen wir mal an, wir wissen, dass es ein Expositionsrisiko gab, also z.B.: Es gab einen Ausbruch im Altenheim. Dann würde ich sagen: Es ist eine gute Idee, vorübergehenden, denen dann, bevor Sie wissen, ob die sich angesteckt haben – oder vielleicht, wenn Sie wissen, die haben sich gerade ganz frisch angesteckt – denen dieses Medikament zu geben. Weil Sie dann sagen: Dann haben Sie eine gute Chance damit, günstige Verläufe zu machen.

53:56

Camillo Schumann

Dann haben die Älteren gute Laune und sie werden nicht sterben.

Alexander Kekulé

Genau (*lacht*). Dann haben sie keine Angst mehr, zu sterben. Und es passiert auch nicht. Das Interessante bei diesen – das ist ja ganz spannend – bei diesen Antidepressiva ist ja: Wenn Sie als normaler Mensch die nehmen, also diese richtigen, gegen die echten Depressionen – also, *major depression* sagt man auf Englisch. Entschuldigung, als Gesunder, der das nicht hat. Dann passiert Folgendes: Dann ist es so, dann merken Sie nichts von der Wirkung. Also, wenn Sie was merken, wenn es Ihnen deutlich bessergeht, wenn Sie das Medikament nehmen: Dann sollten Sie mal zum Arzt gehen. Es gibt andere Medikamente, da merkt jeder ein bisschen was. Aber bei diesen ist es eben typischerweise so, dass der Unterschied zwischen solchen, wo die Diagnose gestimmt hat und es spricht dann an, und solchen, wo man es ohne Diagnose gegeben hat, ziemlich dramatisch ist. Also, jedenfalls – das ist aber ein ganz anderes Thema. Aber es ist so, die Gefahr, die ich eher sehe, ist Folgende: Jetzt haben Sie so Medikament und der Hersteller will das natürlich – klar, das sind alles Aktien-Gesellschaften – die wollen das verkaufen. Die wollen nicht, dass das so gemacht wird, wie ich gerade gesagt habe. Nur in besonderen Fällen, bei besonderem Risiko, in Ausnahmesituationen. Die wollen ja damit Geld verdienen. Das heißt: Die werden das auch bewerben. Und da wird es dann eben so laufen, dass erstens ganz viele Menschen das nehmen im Frühstadium, sonst wirkt es nicht mehr. Das muss man ganz schnell nehmen nach der Infektion. Da ist die

Frage: Wie viele Resistenzen züchtet man da? Erfahrungsgemäß werden die Viren dann ganz schnell gegen solche Chemikalien, die es ja letztlich sind, resistent. Und der zweite Effekt – da weiß ich nicht, ob ich da zu vorsichtig bin, aber: Wenn Menschen das dann so als Alternative sehen und sagen: Ach, das ist ja gar nicht mehr so schlimm mit dem Covid, da stirbt man jetzt nicht mehr dran, da gibt es ja dieses Medikament. Wieso soll ich mich da eigentlich impfen lassen? Und das könnte dann sein, dass das die ganzen Bemühungen, die Letzten zur Impfung zu bewegen, die jetzt noch zögern, das könnte die konterkarieren, wenn die sagen: Naja, da gibt es dann eine Pille und die nehme ich halt dann schnell, wenn ich infiziert bin. Eine schwierige Diskussion. Aber ich kann mir vorstellen, dass wir diese Diskussion, sobald diese Medikamente verfügbar sind, dann durchaus haben werden. Und ich muss davor warnen, sich darauf zu verlassen, weil eben die Erfahrung die ist, dass leider – ich mache jetzt ja schon echt lange Virologie, das sehen wir immer und immer wieder. So ein einzelnes Medikament gegen ein Virus, da fällt dem Virus meistens irgendwas ein, wie es dagegen dann resistent wird. Die einzigen antiviralen Therapien, die wirklich nachhaltig funktionieren, sind solche: Entweder gegen DNA-Viren, die sich selber kaum verändern können. Hier haben wir es aber mit einem RNA-Virus zu tun, was relativ effektiv ist, auszubüchsen gegen die Wirkstoffe. Oder Situationen, wo wir eben ganz viele Medikamente kombinieren. Das machen wir bei der AIDS-Therapie z.B. Da kombinieren wir viele Medikamente, sodass das Virus, wenn es jetzt mutiert, um einem Medikament auszuweichen, ist das andere immer noch wirksam, sodass die Mutante dann stirbt. Und diese Information, wie es jetzt ausgewichen ist, gar nicht weitergeben kann.

57:21

Camillo Schumann

Haben wir darüber gesprochen. Und Fluvoxamin bräuchte man auch, um einigermaßen die nächste Nachricht, die wir kurz besprechen wollen, überstehen zu können. Denn im Landkreis Cuxhaven – damit zu einer traurigen Nachricht – ist ein zwölfjähriges Kind gestorben. Und zwar nach seiner zweiten BioNTech-Impfung. Weil man noch gar nicht so viel dar-

über weiß, wir es aber noch besprechen wollten, weil es eben doch schon ein wichtiges Ereignis ist: Was weiß man darüber? Wie ordnen Sie diesen Fall ein?

Alexander Kekulé

Also, ich habe natürlich die Pathologie-Befunde nicht gelesen. Heute, im Laufe des Tages, soll da der Bericht dazu rauskommen. Aber: Die Pathologen haben sich öffentlich schon in der Richtung geäußert, dass, was sie da gefunden haben, passt zu einer Überreaktion auf die Impfung. Also, dass die Todesursache Impfung möglich ist. Natürlich sagen Wissenschaftler dann immer dazu – dabei werden sie auch bei dem Abschlussbericht bleiben – dass sie eine Kausalität nicht mit Sicherheit beweisen können. Genauso wenig, wie man sie mit Sicherheit ausschließen kann. Das ist ja immer das Problem. Wissenschaftler dürfen Sie nie nach 100 % fragen. Das ist natürlich jetzt ein heißes Eisen, wenn man die Daten nicht genau kennt. Aber ich kann vielleicht allgemein sagen: Man muss sowas wirklich ernst nehmen. Man darf nicht sagen: Naja, das ist nur so ein Einzelfall. Da ist mal irgendwo ein Kind gestorben. Insgesamt ist der Impfstoff doch in Ordnung. Solche Reflexe höre ich schon wieder. Sondern wir haben ja einen Impfstoff, der in der Altersgruppe von 12 bis 17 – da gab es ja die lange Diskussion, ob der bei uns empfohlen werden soll in Deutschland – noch überhaupt keinen Todesfall, im Prinzip keinen Todesfall hervorgerufen hat. Es gab zwei Verläufe, wo Kinder gestorben sind, die registriert wurden und auch berichtet wurden von der STIKO in ihrer Beurteilung. Es waren beides Kinder, die schwerstkrank waren. Wo also eigentlich diese Covid-Infektion, sage ich mal, etwas war, was nebenbei eingetreten ist. Aber wir haben keinen Fall von einem vorher gesunden Kind, was an Covid in Deutschland gestorben wäre. Und wenn Sie das als Basis nehmen, falls es dann so sein sollte, dass hier ein Kausalzusammenhang da wäre: Klar, dieses Kind, was man liest, hatte auch schwere Vorerkrankungen, ganz offensichtlich. Ist auch deshalb möglicherweise geimpft worden. Aber da muss man eben prüfen: Sind diese Vorerkrankungen immunologischer Natur gewesen? Weil: Wenn Kinder an sowas sterben, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass es mit einer immunologischen Überreaktion zu tun hat. Der Impfstoff ist ja auch für die 12- bis 17-Jährigen

nicht dosisreduziert. Und wenn es so wäre, dass das eine immunologische Vorerkrankung war bei dem Kind, dann könnte man sagen: Ja, okay, da ist das Risiko bei denen, die das nicht haben, höchstwahrscheinlich viel geringer. Aber wenn das Kind jetzt eine ganz andere, schwere Grunderkrankung hatte, die also nicht kausal mit dem Tod zusammenhängen kann, dann, finde ich, muss man dem wirklich ganz, ganz gründlich nachgehen. Und ich bin wirklich dafür, in beide Richtungen hier die Reflexe zu unterlassen. Der eine Reflex ist, zu sagen: Ui, da ist ein Kind gestorben, das muss ja an der Impfung gelegen haben. Und der andere Reflex, der aber letztlich genauso schädlich ist, ist, zu sagen: Da ist ein Kind gestorben, aber das kann auf keinen Fall bedeuten, dass die Impfung nicht mehr empfohlen werden soll. Also, beides muss auf die Waagschale und beides muss abgewogen werden und geprüft werden. Und man muss das sehr, sehr ernst nehmen. Und deshalb will ich auch hier jetzt vorher gar nicht so ein Urteil fällen darüber.

01:01:00

Camillo Schumann

Aber: Was ja besonders tragisch ist, dass dieses zwölfjährige Kind mit seinen Vorerkrankungen ja genau in das Schema der Impfempfehlung der STIKO fällt. Im ersten Schritt war es ja so.

Alexander Kekulé

Natürlich, ja, das ist sozusagen klar, wenn man Vorerkrankungen hat. Wobei ich jetzt nicht weiß, welche Vorerkrankung dieses Kind hatte.

Camillo Schumann

Da gab es ja die Liste mit den 10, 11 Vorerkrankungen.

Alexander Kekulé

Da gibt es eine Liste. Und die wird auch ein bisschen von den Ärzten dann individuell unterschiedlich ausgelegt. Früher hat man mal eine lange Liste gehabt. Da hat man z.B. gesagt: Jeder mit Asthma muss sich unbedingt gegen Covid impfen lassen. Ist ja auch irgendwie so vom, sage ich mal so, aus allgemeiner Schlauheit, kann man ja sagen: Mensch, Asthma ist irgendwas an der Lunge, da will ich kein Covid kriegen. Bis man dann später festgestellt hat, dass das gar nicht korreliert, dass also Asthmatiker in der Regel, wenn sie jetzt

nicht ganz schlecht eingestellt sind, kein erhöhtes Risiko haben. Aber andere, die z.B. COPD haben, diese Raucher-Erkrankung, selbst dann, wenn das noch gar nicht so ein schwerer Verlauf ist und man noch gar nicht so viel davon gemerkt hat bisher, sehr wohl ein stark erhöhtes Risiko haben, zu sterben, wenn sie Covid bekommen. Also, da haben wir inzwischen ein viel genaueres Bild. Wir wissen auch z.B., dass eine stattgehabte Krebserkrankung, wenn aktuell gar keine Therapie gemacht wird, möglicherweise gar kein erhöhtes Risiko ist. Kommt auf die Krebserkrankung an. Aber bestimmte, wie z.B. Blutkrebs – und da dann die Zellen, die das Immunsystem braucht, wenn die da betroffen sind von der Krebserkrankung – da ist es sehr wohl ein hohes Risiko. Also, daher hat sich unser Bild differenziert. Aber ich bin nicht so sicher, ob diese Indikationsstellung dann tatsächlich bis in die letzte Kinderarztpraxis sozusagen bekannt ist. Und das hängt ja auch immer ein bisschen von den Eltern ab. Wenn man so ein chronisch krankes Kind hat, ist man natürlich auch seelisch damit belastet und will dann irgendwie sich diese zusätzliche Sorge vom Hals schaffen, indem man das Kind impfen lässt. Darum glaube ich ganz grundsätzlich: Die Empfehlung der STIKO ist richtig. Es ist auf jeden Fall richtig, Risikogruppen, wie sie dort benannt sind, zu impfen. Und das wäre auch weiterhin richtig, wenn hier ein Kind gestorben ist. Aber die Frage, wo auch die STIKO sich ja schwergetan hat, ist eben: Was machen wir mit den Kindern, die völlig gesund sind und überhaupt keine Risikofaktoren haben? Und die Frage ist, ob dieses Kind, was ja tatsächlich Risikofaktoren wohl hatte, ob das auch nach der Impfung, falls es überhaupt daran gelegen haben sollte, gestorben wäre, wenn es diese Risikofaktoren nicht gehabt hätte? Also, das wäre die Frage, die mich hauptsächlich interessieren würde. Und ich hoffe, dass die Pathologen das beantworten. Die werden sicherlich nicht irgendwie sich auf das eine oder andere festlegen. Aber: Hat der Tod was damit zu tun gehabt, dass diese Risikofaktoren bestanden, eine chronische Grunderkrankung? Oder ist es etwas, was man ganz getrennt sehen muss?

01:03:49

Camillo Schumann

Sollte dann dieser Bericht vorliegen, werden wir das dann auch besprechen hier im Podcast.

Wir kommen zu den Fragen unserer Hörerinnen und Hörer. Diese verzweifelte Mutter aus Nordrhein-Westfalen hat angerufen. Sie hat eine vier Jahre alte Tochter mit schweren Vorerkrankungen:

„Jeder Arzt ist der Meinung, die gehört geimpft, aber kein Arzt, keine Klinik, noch sonst jemand möchte die Kleine impfen. Der Kinderarzt ist auch der Meinung, sie sollte geimpft werden, aber impft auch nicht off-label, da die Haftungsausschlüsse wohl nicht möglich sind und die Ärzte nicht mit ihrem Privatvermögen haften wollen. Wie passt das zusammen? Weil: Letztendlich lässt sich eine Infektion ja wahrscheinlich nicht mehr vermeiden. Wir haben noch zwei ältere Schulkinder. Es ist schwierig und ich würde mal gerne wissen, was wir noch machen können, um an eine Off-Label-Impfung zu kommen für die Kleine, die wirklich geimpft gehört.“

Alexander Kekulé

Ja, wenn Ärzte wirklich der Meinung sind, dass das notwendig ist und indiziert ist, dann kann ich das auch nur unterstreichen, dann sollte man es tatsächlich machen. Ich habe ja schon gesagt, wenn man schon *off-label* arbeitet, dass ich einfach die Dosis reduzieren würde. Beim Vierjährigen deutlich reduzieren. Das kann ja jeder Arzt machen, wenn er die entsprechende feine Spritze hat, mit einer feinen Aufteilung drauf. Eine sogenannte Tuberkulin-Spritze braucht man dafür. Aber das haben die Ärzte alle, die impfen. Ja, versicherungstechnisch kann ich das nicht so ganz beurteilen. Also, es ist letztlich so: Ich kenne das jetzt nicht. Ich weiß nicht, wie die Bestimmungen sind. Ich bin manchmal Sachverständiger bei Gericht. Und da ist es dann eigentlich doch immer so: Wenn der Arzt eine *Off-Label*-Therapie gemacht hat, dann ist er halt selbst gefragt, zu begründen, warum das in diesem Fall wissenschaftlich notwendig war. Also, er macht dann im Grunde genommen die wissenschaftliche Abwägung, die sonst die Ständige Impfkommission für alle gemeinsam macht. Und wir wissen ja, wie aufwendig das ist. Die macht er dann ganz alleine für sich selber und für diesen einen Fall. Da werden natürlich nicht so hohe Anforderungen gestellt wie an die Abwägung, die die STIKO machen muss. Und die ist ja auch

nicht immer ganz sauber, wenn man jetzt daran denkt, das Moderna z.B. nicht differenziert von BioNTech betrachtet wurde. Aber er muss halt etwas, wenn Sie so wollen, im Zweifelsfall in einer Schublade haben, falls da was schiefgeht. Ganz konkret: Das Kind würde schwerste Nebenwirkungen bekommen von der Impfung. Ist nicht wahrscheinlich, aber nicht auszuschließen natürlich, darum sind die Ärzte vorsichtig. Dann muss er sagen: Schaut mal her, ich habe mir das hier überlegt. Ich habe das hier aufgeschrieben. Das hat dafür gesprochen, das hat dagegen gesprochen. Das Risiko für dieses Kind, sich zu infizieren, war einfach nicht abwendbar. Wurde ja auch gerade geschildert von der Mutter, mit der Kita und der Exposition, die dort vorhanden ist. Und ich musste einfach hier eine Entscheidung treffen, zwischen – in diesem Fall würde ich das dann so formulieren: Infektion oder Impfung. Und da habe ich mich aus den und den Gründen für die Impfung entschieden. Es gibt ja auch die Studien aus den USA für die ab Fünfjährigen. Und da kann man eben vielleicht auch sagen: Naja, vierjähriges Kind, das ist aber vom Entwicklungszustand – das muss man dann natürlich prüfen – so ähnlich eigentlich wie ein Fünfjähriges in diesem besonderen Fall einzustufen. Und wenn man sich das alles irgendwie sauber aufgeschrieben und in die Schublade gelegt hat, dann kann man sich meines Erachtens als Arzt natürlich davor schützen, da irrational verfolgt zu werden. Also, es ist nicht so, dass es quasi einen dann wie der Blitz trifft, wenn dann die Staatsanwaltschaft sagt: Jetzt bist du aber schuld gewesen an irgendwelchen Nebenwirkungen. Und dann ja auch – das wäre der nächste Schritt – der Versicherer erklären müsste: Und die Schuld war so grob fahrlässig, dass ich nicht mehr zahle. Weil bei einfacher Fahrlässigkeit üblicherweise die Versicherungen ja noch bezahlen.

01:07:31

Camillo Schumann

C. hat gemailt, er schreibt:

„Ich bin 16 Jahre alt und habe ein Asthma in Folge mehrerer Lungenentzündungen, seit ich klein war. Daher bin ich in Bezug auf Corona sehr besorgt. Ich bin zweimal mit BioNTech geimpft und an einer stationär behandelten Herz-

muskelentzündung erkrankt. Die Ärzte vermuten die Impfung als Ursache. Was sagen Sie? Ist eine dritte Impfung daher zu gefährlich? In meinem Freundeskreis sind immer noch einige nicht geimpft, da man angeblich andere Personen nicht schützt und diejenigen selber keine Bedenken vor Corona haben, jedoch vor Long-Covid. Hilft der Impfstoff auch dagegen? Haben Sie Argumente für mich? Viele Grüße, C.“

Alexander Kekulé

Bei dem Long-Covid kann ich gleich sagen: Das wissen wir überhaupt nicht. Also, natürlich: Wer kein Covid hatte, kriegt auch kein Long-Covid. Aber: Ob die Impfung sozusagen die Wahrscheinlichkeit für Long-Covid jetzt signifikant reduziert, ist nicht klar. Es gibt sicherlich Geimpfte, die auch Long-Covid bekommen haben. Wie stark, wie häufig das ist, ob das jetzt deutlich weniger häufig ist, das wissen wir nicht. Ich würde mal sagen, es würde in der ganzen Medizin nicht mit rechten Dingen zugehen, wenn nicht auch die Long-Covid-Verläufe seltener werden würden durch die Impfung. Aber: Belege haben wir dafür keine. Das andere ist aber die Frage: Soll sich ein 16-Jähriger quasi dreimal impfen lassen? Und da muss ich sagen – mal ganz außen vor die Herzmuskelentzündung: Wenn die im Zusammenhang mit der Impfung stand, ist die natürlich ein Warnsignal, weil: Jemand, der so eine Veranlagung hat, aus welchem Grund auch immer, der könnte natürlich bei der nächsten Impfung nochmal eine Herzmuskelentzündung bekommen. Darum würde ich schon aus dem Grund sagen: Grundsätzlich sollte man vorsichtiger sein in so einer Situation. Und dann sage ich mal: Die Ständige Impfkommision empfiehlt ja die Impfung ab 70, die Boosterung. Und ich empfehle dieses Mal schweren Herzens und ausnahmsweise was Anderes als die STIKO, das habe ich noch nie gemacht. Habe mich immer beschwert, dass alle was Anderes empfehlen. Aber ich empfehle sie ab 60. Und da ist aber beim 16-Jährigen wirklich noch ein großer Abstand. Deshalb sehe ich jetzt nicht: Wieso soll der sich ein drittes Mal impfen lassen?

01:09:27

Camillo Schumann

Damit sind wir am Ende von Ausgabe 239. Vielen Dank, Herr Kekulé! Wir hören uns dann am

Samstag wieder. Dann zu einem Hörerfragen Spezial. Bis dahin.

Alexander Kekulé

Gerne. Bis Samstag, Herr Schumann.

Camillo Schumann

Sie haben auch eine Frage, wollen was wissen? Dann schreiben Sie uns an mdraktuell-podcast@mdr.de. Sie können uns auch anrufen, kostet nichts: 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 eine Podcast-Empfehlung: Hören Sie doch mal in den Rechthaber rein. Der Podcast für Ihre juristischen Alltagsfragen.

MDR Aktuell: „Kekulé's Corona-Kompass“