

MDR Aktuell – Kekulé's Corona-Kompass

Dienstag, 12. Oktober 2021

#229: Die unsichtbare Welle

Camillo Schuman, 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:

Von Fehlereinsicht keine Spur – Kritik am Robert-Koch-Institut wird lauter

[Impfquote wohl unterschätzt: Kritik an RKI-Chef Wieler | tagesschau.de](#)

Depression und Angststörungen während der Pandemie (08.10.2021)

Studie: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02143-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7/fulltext)

Camillo Schumann:

Dienstag, 12. Oktober 2021.

- Schnelltests ab dieser Woche nicht mehr kostenlos. Was das für das Pandemiegeschehen bedeuten könnte.
- Außerdem: Die Ständige Impfkommission empfiehlt Auffrischungsimpfungen für über 70-Jährige und für alle, die mit dem Einmal-Impfstoff von Johnson und Johnson geimpft wurden. Wie ist diese Entscheidung zu bewerten?
- Außerdem: Die Auswirkungen der Corona-Pandemie stürzen Millionen Menschen in die Depression. Wer ist am häufigsten betroffen? Eine Studie gibt Aufschluss.

- Und: Volle Kneipen ohne Maske, aber zur Begrüßung keine Hand geben. Wie passt das zusammen?

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 ums 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.

Camillo Schumann:

Seit dieser Woche ist der kostenlose Bürgertest also Geschichte. Der Steuerzahler übernimmt die Kosten für die Corona-Schnelltests nicht mehr. Wer in ein 3G-Restaurant oder -Konzert möchte und nicht geimpft und genesen ist, muss künftig den Schnelltest selbst zahlen. Für Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gebietet das die Fairness gegenüber dem Steuerzahler. Der Grünen-Gesundheitsexperte Janosch Dahmen warnte, die Umstellung komme viel zu früh. Ohne Gratis-Tests werden wir weniger Testergebnisse bekommen. Mehr Infektionen werden unerkannt bleiben. Wir laufen in eine Schattenpandemie. Herr Kekulé, wie bewerten Sie das Ende der kostenlosen Schnelltests?

0:01:45:

Mit der Schattenpandemie? Er hört anscheinend unseren Podcast. Das ist ja genau die Befürchtung, dass die Menschen sich dann nicht mehr testen lassen, gilt übrigens auch für Geimpfte und Genesene. Dadurch, dass diese Hürde dann höher ist, glaube ich, werden wir viele kleinere Ausbrüche, einzelne Infektionen einfach nicht mehr feststellen. Die politische Seite ist ja: Bringt es wirklich so viel? Wird es so sein, dass sich Menschen dadurch wirklich dann doch noch umentscheiden von denen, die jetzt hartnäckig sagen, ich lasse mich erst mal nicht impfen, wegen der Kosten der

Schnelltest lasse ich mich jetzt doch impfen. Ich kann das nicht richtig beurteilen. Ich bezweifle aber, dass das einen großen Effekt macht. Also es wird sicher irgendein Effekt geben, der eine oder andere, für den ist das vielleicht gerade der Schubser, den er gebraucht hat. Aber glaube nicht, dass das jetzt wirklich diesen, sag ich mal, diese Gängelung letztlich der Ungeimpften rechtfertigt an der Stelle.

Camillo Schumann:

Mit anderen Worten: Die Gefahr ist größer als der Nutzen für die Impfkampagne?

Alexander Kekulé:

Aus meiner Sicht, ja, also bezüglich der Impfkampagne auf jeden Fall. Ich nehme da immer noch eine andere Dimension mit rein, das ist der gesellschaftliche Zusammenhalt insgesamt. Und da ist man in so einer Pandemie wie in jeder äußeren Krise natürlich sowieso, da liegen die Nerven so ein bisschen blank. Viele Menschen, die früher gute Freunde waren, reden jetzt nicht mehr miteinander, gerade wenn es um die Impfungen geht. Das ist ja ein sehr emotional belegtes Thema. Und da jetzt nochmal sozusagen Öl ins Feuer zu gießen, indem man denjenigen, die jetzt auf die Tests angewiesen sind, da quasi den Geldhahn zudreht, das halte ich für ein soziales Problem. Aber sie wissen, dass es nicht meine professionelle Baustelle. Professionell kann ich nur sagen: Was ich fragen würde, ist einfach, bevor jetzt wieder so ein Schuss gemacht wird, ist hier die Frage Fairness gegenüber dem Steuerzahler. Letztlich ist es so: Am Anfang gab es ja viele Argumente, und inzwischen heißt also, es geht nur ums Geld, und man hat den Eindruck, dass diejenigen, die geimpft sind, das ist ja die satte Mehrheit, dass die natürlich sagen, jawohl, wir wollen nicht für die anderen mitzahlen. Aber ich habe noch nie so richtig gehört, dass das mal umgerechnet wurde, was das eigentlich bringt, die Schnelltests insgesamt. Da geistert ja die Zahl, dass das insgesamt in der gesamten Pandemie ungefähr 1 Milliarde Euro waren, die da für die Tests selber ausgegeben wurden. Davon ist natürlich ein riesiger Anteil in der

Phase gewesen, wo wir noch keine Impfstoffe hatten, da wurde es auch extrem wichtig war. Und wenn man sich jetzt mal runterrechnen würde, welchen Anteil davon spart man eigentlich, es gibt ja viele Situationen, wo die Schnelltests weiterhin bezahlt werden, wie viel Geld ist das eigentlich, was der Steuerzahler da einspart. Und dann vielleicht um die Gemeinschaft, die jeder kennt, noch mal in Erinnerung zu rufen: Die ganze Pandemie verursacht Kosten in der Größenordnung von 1,5 bis zwei Billionen Euro. Die Deutsche Bank hat mal 1,9 Billionen geschätzt. Das ist ziemlich genau das Gleiche, was geschätzt wird für die Kosten der Wiedervereinigung in Deutschland. In diesen Dimensionen sind wir. Bazooka ist da gar kein Ausdruck für das, was wir da ausgegeben haben. Und wir könnten sicherlich eine dreistündige Sondersendung machen über alles, was da sinnlos ausgegeben wurde, jeder Tag Lockdown, der zu viel gemacht wurde oder auch zu spät gemacht wurde, was dafür irrsinnige Kosten geflossen sind. Ich möchte jetzt auch gar nicht demjenigen, der da hier ans Geld der Steuerzahler denkt, jetzt in Erinnerung rufen, was zum Beispiel für Masken ausgegeben wurde am Anfang. Das ist ja ein wunder Punkt. Und ähnliches. Jetzt zu sagen, an der Stelle müssen wir unbedingt sparen, wo ganz klar ist, dass Menschen, die sich testen, eigentlich einen Beitrag leisten zur Bekämpfung der Pandemie, da hätte ich gerne erst mal die Rechnung gesehen. Und da fehlt mir, wenn Sie so wollen, der professionalisierte Ansatz.

0:05:48:

Camillo Schumann:

Die Frage ist ja auch: Würde es überhaupt ins Gewicht der Pandemie-Entwicklung fallen, wenn es so Menschen gibt, die sich möglicherweise aus Kostengründen auch nicht mehr testen lassen? Dafür müsste man ja auch wissen, wie vielen positiven PCR-Tests auch ein positiver Schnelltest vorangegangen ist. Denn jeder positive Schnelltest ist ja meldepflichtig, muss mit einem PCR-Test überprüft werden. Und die Zahl der positiven PCR-Tests rauszufinden, die

eben nach so einem positiven Schnelltest gemacht wurden, ist gar nicht so einfach. Ich habe mal mit dem Robert-Koch-Institut telefoniert, und dort sagte man mir, dass dieser Anteil deutlich unter zehn Prozent liege, ca. zwischen fünf und sieben Prozent. Diese Zahl sei aber mit großer Vorsicht zu genießen.

Herr Kekulé, wenn der Anteil wirklich so gering zu sein scheint, dann wäre ja die Gefahr, die von Menschen ausgeht, die jetzt zum Beispiel aus Kostengründen sich nicht mehr testen lassen, auch kein großer Beinbruch, oder?

0:06:3]:

Alexander Kekulé:

Ja, das kann man, glaube ich, nicht so sagen, weil, wir wissen jetzt nicht, was die da machen. Also bisher ist es ja so: Man hat sich getestet und durfte dann aufgrund des Ergebnisses - was weiß ich - auf eine Party gehen, irgendeine Kneipe gehen, zum Friseur oder was es auch immer dann jeweils war. Das werden die natürlich jetzt ohne Test entweder nicht mehr machen. Oder es wird so sein, dass sie es selber bezahlen und sich seltener testen lassen. Also ich glaube, es gibt ja auch durchaus Menschen, das haben wir auch hier durchaus bei Hörerfragen schon gehabt, die sagen, ich lasse mich testen, obwohl ich geimpft bin, weil ich weiß, dass es zu Durchbrüchen kommt. Und das finde ich unter bestimmten Umständen eine vernünftige Idee. Und es ist ja auch so, dass die diejenigen, die getestet sind, bei diesen GGG-Modellen immer so ein bisschen die Kanarienvögel sind, um zu gucken, ob es einen Ausbruch gab, den man nicht beobachtet hat. Und da sehe ich eher das Problem, also, dass man sozusagen unerkannte Inzidenzen hat, eben eine graue Welle, wie das da auch gesagt wurde. So eine unsichtbare Welle, die da durchs Land geht und ich bin immer dafür, dass man die Fakten auf dem Tisch hat. Und deshalb finde ich aus epidemiologischen Gründen, aber eben auch aus letztlich sozialen Gründen, finde ich das jetzt nicht den richtigen Weg, die Schnelltests kostenpflichtig zu machen.

0:08:05:

Camillo Schumann:

Ich war ehrlich gesagt ziemlich erstaunt, dass dieser Anteil nur so gering ist, zwischen fünf und sieben Prozent. Ich hätte jetzt so 20-30 Prozent gedacht. Was sagen Sie dazu: zwischen fünf bis sieben Prozent?

0:08:16:

Alexander Kekulé:

Also, dass die meisten Tests, die beim Robert-Koch-Institut als PCR-Tests gemeldet wurden, tatsächlich PCRs sind, die nicht nur zur Bestätigung von einem Antigen-Schnelltest gemacht wurden, das ist eigentlich nicht verwunderlich. Weil es ist ja so, dass die PCR dann typischerweise eben von Ärzten und in Krankenhäusern angefordert wird. Der Anteil der Tests, die da gemacht werden, weil dann in der Regel eine Privatperson einen Antigen-Schnelltest bestätigt haben will, das ist klar, dass das ein relativ kleiner Anteil ist. Wir wissen ja auch gar nicht, wie hoch der Prozentsatz der Menschen ist, die jetzt zum Beispiel einen positiven Antigen-Test haben, den aber dann entgegen dem, was eigentlich Vorschrift wäre, gar nicht an die große Glocke hängen und nicht bestätigen lassen, weil, da ergibt sich ja, will jetzt niemandem etwas unterstellen, aber man kann ja auch wenn so ein Antigentest positiv ist, dann hinterher sagen: Okay, jetzt bringe ich mich selbst in Quarantäne und warte eben, verhalte mich vernünftig. Der eine oder andere mag das vielleicht gar nicht im Gesundheitsamt melden. Und die Frage ist auch: Was macht man zum Beispiel, wenn der Antigentest bei einem Geimpften positiv ist? Das ist ja dann völlige Grauzone, was an der Stelle passiert. Und deshalb glaube ich, dass man aus dem Anteil der PCRs, in diesem geringen Anteil, die durchgeführt werden, als Bestätigung von einem Home-Test, dass man daraus letztlich nichts schließen kann auf das Pandemiegeschehen.

[0:09:51]:

Camillo Schumann:

Die Ständige Impfkommission, um damit zum nächsten Thema zu kommen, hat mal wieder eine Empfehlung abgegeben. Konkret geht es um die Auffrischungsimpfung. Die Stiko empfiehlt nun Menschen über 70 eine Auffrischungsimpfung. Bisher galt die Empfehlung nur für Menschen mit Vorerkrankungen. Nun also generell für Risikopatienten und ältere Menschen. Was halten Sie von dieser Ausweitung?

[0:10:13]:

Alexander Kekulé:

Ich glaube, das kann man machen. Das ist durchaus sinnvoll. Die Daten dafür gibt es übrigens schon länger. Das für über 70-Jährige ist eigentlich schon ziemlich lange klar, dass das höchstwahrscheinlich einen Vorteil hat. Ich meine sogar, dass die aktuellen Daten aus Israel insbesondere man so lesen kann, dass man die Empfehlung auch für über 65-Jährige schon hätte ausweiten können. Über 70 war es vor einigen Wochen und so ein bisschen Stand der Dinge. Die Stiko geht da so meines Erachtens einen ganz vernünftigen und vorsichtigen Mittelweg. Es ist ja überhaupt nicht klar, wer überhaupt ein erhöhtes Risiko hat, dass die Impfung nicht funktioniert hat. Aber wir wissen, in der Gesamtbevölkerung sind das typischerweise die Hochaltrigen, weil bei denen eben ein hoher Anteil dabei ist, die auf diese Impfung eben nicht so gut reagieren. Wir nennen die dann Non-Responders. Also die reagieren quasi nicht ausreichend auf die Impfung. Und bei denen es ziemlich klar aufgrund der Datenlage, dass die, dass die Booster-Impfung einen Sinn macht. Darum finde ich das richtig, dass die das jetzt stufenweise machen. Ich nehme an, es wird nicht bei den über 70-Jährigen bleiben, sondern wahrscheinlich dann irgendwann Erweiterung auf 65 geben, weil das die aktuelle Datenlage eigentlich schon hergeben würde. Und ich glaube auch, ohne dass das jetzt in den Begründungen immer so ausführlich ist, hier gibt es ja noch keine schriftliche, dass die Stiko durchaus vor Augen hat, dass wir eben den weniger reichen Ländern

hier die Impfstoffe nicht wegnehmen dürfen. Das ist ja weltweit ein wahnsinnig wichtiges Thema, dass wir jetzt am Boostern sind mit mehr oder minder schwach und wissenschaftlichen Begründungen und in vielen Teilen der Erde der Impfstoff fehlt.

[0:11:48]:

Camillo Schumann:

Außerdem hat die STIKO vorgeschlagen, dass alle Menschen, die mit dem Einmal-Impfstoff von Johnson und Johnson geimpft wurden, eine zweite Impfung mit einem mRNA-Impfstoff erhalten sollten. Begründung: Die Gesundheitsämter melden gerade bei diesem Impfstoff mehr Impfdurchbrüche als bei anderen Impfstoffen. Die Hörerinnen und Hörer dieses Podcasts werden von dieser Entscheidung jetzt nicht so sonderlich überrascht sein. Herr Kekulé hatte in der Ausgabe 204, am 6. Juli, auch schon mal darauf hingewiesen, dass eine Auffrischungsimpfung bei Johnson und Johnson sinnvoll wäre. Deshalb vermute ich jetzt mal ganz stark, Sie unterstützen die Entscheidung der STIKO.

[0:12:23]:

Alexander Kekulé:

Ja, das war extrem lange überfällig. Also man muss eigentlich die Frage stellen, weil die Datenlage damals schon Anfang Juli eindeutig war, warum die die Stiko da so lange wartet. Denn sie haben ja gerade die Begründung gesagt ja, in Deutschland wird gemeldet, es gibt vermehrt Durchbrüche. Also, so national dürfen wir eigentlich bei einer Pandemie nicht sein, dass wir jetzt sagen, wir warten jetzt so lange, bis wir hier in dem kleinen Deutschland an den wenigen Menschen, die wir mit Johnson und Johnson geimpft haben, das sind ja nicht so viele, dass wir an denen jetzt wirklich einen messbaren Effekt haben. Aber es war ja schon immer so, dass die Daten gefehlt haben bei Johnson und Johnson, die jetzt sozusagen entscheidend gewesen wären, um zu beurteilen, ob die Delta-Variante Durchbrüche macht. Die anderen haben das vorgelegt. Und bei

Johnson und Johnson hat es gefehlt. Und wir hatten Parallelen zu anderen Vektor-Impfstoffen, wo es ganz eindeutig war, bei AstraZeneca zum Beispiel. Und es ist sowieso so, das klar ist, dass die nur einmalige Impfung aus verschiedenen Gründen natürlich viel weniger Aufweitungseffekt hat. Also man hat ja einen Impfstoff, der eigentlich gegen den Wuhantyp ist, den ursprünglichen, ganz ursprünglichen Typ des Virus. Das hat sich seitdem oft verändert, zuletzt die Delta-Variante. Und die Delta Variante erwischt man mit diesen alten Impfstoffen letztlich nur deshalb, weil man eben mehrere Impfungen hat, weil das Immunsystem bei der Auffrischungsimpfung eben quasi sein Spektrum an, also ein Arsenal an Antikörpern und Zellen, die gegen das Virus gehen, erweitert. Jetzt kennen wir das alles, wissen wir das alles. Und deshalb ist es einfach völlig klar gewesen, schon Anfang Juli, dass der Johnson Johnson-Impfstoff geboostert werden muss.

[0:14:14]:

Camillo Schumann:

Woher wussten wir das, aus welchen Ländern wussten wir das? Welche Zahlen hatten wir? Und hätte man da sozusagen schon die Rückschlüsse ziehen können und eine Entscheidung treffen sollen?

[0:14:26]:

Alexander Kekulé:

Ja, man hätte damals Rückschlüsse ziehen können, weil wir eben keine Zahlen von Johnson und Johnson hatten, weil Johnson und Johnson sie nicht vorgelegt hat. Wir hatten aber von vergleichbaren Impfstoffen die Zahlen. Und wir kannten den Unterschied zum Beispiel nach der ersten Impfung mit den mRNA-Impfstoffen. Da wussten wir schon, obwohl die sehr, sehr wirksam sind, dass ein einmal gegebener mRNA-Impfstoff hervorragend wirkt gegen die ursprünglichen Varianten, etwas schlechter gegen das jetzt Alpha genannte Variante B117 aus Großbritannien und deutlich schlechter bei Delta. Also ich habe ja am Anfang mal die Empfehlung gegeben, möglichst schnell möglichst

viele Menschen nur einmal zu impfen, um hauptsächlich das Sterben zu beenden. Das wäre damals nach wie vor richtig gewesen. Da hätten wir viele Menschenleben retten können. Aber jetzt zum Beispiel, wenn wir jetzt heute wären und würden heute mit der Impfung anfangen in der Situation, wo wir Delta haben, wäre die Argumentation für diesen Vorschlag viel schwächer, weil wir eben wissen von den RNA-Impfstoffen, dass die erste Dosis eben gerade bei Delta eben noch nicht richtig anschlägt. Und aus diesen ganzen Beobachtungen, wieso soll jetzt Johnson und Johnson ein Wunderstoff sein, der also besser als alle RNA-Impfstoffe ist und in der Hinsicht dann quasi nach der ersten Impfung hier das abdeckt, was die anderen nicht können. Das war deshalb nicht, wenn Sie so wollen, im wirklichen Leben belegt. Und ich bin aber wirklich der Meinung, dass man in einer Pandemie, wo Zeit der kritische Faktor ist, das kann man dem Robert-Koch-Institut und seinen Kommissionen nicht oft genug sagen, Zeit ist hier wirklich kritisch, dass man in so einer Pandemie einfach sagt, ich muss jetzt warten, bis es schwarz auf weiß habe. Also jetzt haben sie es schwarz auf weiß, haben die Entscheidung getroffen, gut, da wird es dann jetzt wieder andere Leute geben, Impfkritiker geben, die das System kritisieren, die sagen: Ja, das haben die dann absichtlich zurückgehalten, weil natürlich jetzt ja die Einmal-Johnson-und-Johnson-Geimpften, die sind ja ab sofort ungeimpft. Die müssen auch ihren QR-Code zurückgeben formal. Die sind ja nicht vollständig geimpft. Und das wäre natürlich: Stellen Sie sich mal vor, im Juli für die Statistik ganz mies gewesen, ja, wenn man zugeben müsste, das so und so viele Millionen Menschen eben doch nur einmal geimpft sind, nicht vollständig. Und da gibt es dann immer gleich solche Überlegungen, dass das Absicht gewesen sein könnte, warum haben die so lange gewartet? Und darum finde ich, man muss auch von der Kommunikation her da relativ klar sein. Und die Daten waren eindeutig, und das hätte man im Juli schon machen können. Gut, jetzt ist nichts angebrannt deswegen.

Jetzt müssen halt die Johnson-Johnson-Geimpfte noch einmal antreten.

[0:17:04]:

Camillo Schumann:

Weil sie gerade das Robert-Koch-Institut angesprochen haben. Das Institut steht ja gerade massiv in der Kritik. Politiker von Grünen und FDP haben unter anderem mit RKI-Präsident Lothar Wieler abgerechnet. Hintergrund ist das Eingeständnis des RKI in der vergangenen Woche, dass die Zahl der geimpften Menschen in Deutschland wohl lange zu niedrig angegeben worden sei. Wir haben ja auch ausführlich darüber gesprochen hier im Podcast. Bei Wieler gäbe es von Fehlereinsicht keine Spur. Das sagte die FDP-Gesundheitsexpertin Christina Aschenbach-Dugnus. Wieler sei, und jetzt kommt es: „zu nah dran an der Linie der Bundesregierung“. Der Grünen-Politiker Dieter Jancek sagte, in anderen Ländern kenne man solche Probleme mit der Erfassung der Impfquote nicht. Deutschland ist mal wieder überfordert. Da hauen die beiden Parteien ganz schön drauf. Ich weiß, Sie haben sich ja auch mit Kritik nie so richtig zurückgehalten. Auch hier im Podcast am RKI. Jetzt kommt es aber ziemlich dicke. Zu Recht?

[0:18:04]:

Alexander Kekulé:

Also an der Stelle habe ich jetzt nicht so den Impuls, da noch was nachzusetzen. Man kann vielleicht in der Zwischenbilanz sagen, das Robert-Koch-Institut war in dieser Pandemie überfordert, und es war mehr überfordert, als es hätte sein müssen. Wir haben insgesamt sehr viele Fehler gemacht. Nicht weil die Politiker, wie manchmal gesagt wird, nicht auf die Wissenschaft gehört haben, sondern, nein, die Politiker waren schlecht und falsch beraten. Wenn ich zum Beispiel denke an diese Wahnsinns-Prognosen, wo eine Inzidenz von Tausenden vorhergesagt wurde, als es um die dritte Welle ging, um die Frage, ob man einen Oster-Lockdown braucht, da lagen die einfach krass falsch. Und da gibt es eine lange Liste bis hin zu

dem aktuellen Beispiel, dass ich wirklich und da kann ich sagen, ich bin ich fast genervt davon, mir immer noch anhören muss, dass die Geimpften keine Rolle bei der Epidemie spielen würden, wo jeder weiß, dass es massenweise Durchbruchs-Infektionen gibt usw. Also da gibt es eine lange Liste von Dingen, wo das Robert-Koch-Institut Fehler gemacht hat, die zu falschen Einschätzungen der Politik geführt haben, zum Beispiel wichtige Lockdowns zu spät begonnen oder an anderen Stellen Lockdowns quasi begründet haben, die dann nicht nötig gewesen werden usw. bis hin zu Rede von der Herdenimmunität, die ja immer noch rumgeistert und jetzt so langsam aufgelöst wird. Aber nie hat sich einer hingestellt und gesagt: Jawohl, das war ein Fehler. Wir ändern unsere Einschätzung. – Oder nehmen Sie noch eins, was jetzt auch in der aktuellen Diskussion von der FDP vorgebracht wurde. Es sind ja letztlich das Robert-Koch-Institut und seine Berater gewesen, die gesagt haben, Kinder sind genauso infektiös wie Erwachsene. Und das war ein ganz wichtiges Thema ganz am Anfang. Und es wird Ihnen jetzt natürlich wieder vorgehalten, dass sie da 100 Prozent falsch gelegen haben. Aber: wenn ich jetzt das Impfquotenmonitoring als ein Beispiel anschau, da ist doch letztlich so: Da wird gemeldet aus den Zentren, die da impfen. Da würde ich mal davon ausgehen, die haben da Ihren Laptop aufgeklappt und machen das mehr oder minder in Echtzeit. Jetzt melden aber auch die Arztpraxen. Bei den Arztpraxen ist es so, da sagt das Robert-Koch-Institut meines Erachtens zurecht, das kann gut sein, dass die im Eifer des Gefechts die eine oder andere Impfung, die sie gemacht haben, vielleicht nicht eingeben in den Computer. Da würde ich sagen, das ist nicht völlig abwegig. Dann ist es offensichtlich, sodass die betriebsärztlichen Dienste des zum Teil noch gar nicht so organisiert haben mit diesem mit diesen Online-Eingaben. Klar kann man jetzt im RKI sagen, da hättet ihr aber dafür sorgen müssen, dass es funktioniert. Aber wir wissen ja, wie es in Deutschland ist: Das Robert-Koch-Institut ist eine Bundeseinrichtung, Gesundheit ist Ländersache. Das RKI hat eigentlich dann

noch so eine Art Beratungsfunktion, und wenn die Daten nicht kommen, dann kommen sie halt nicht. Das kann man an der Stelle dem RKI nicht vorwerfen. Und das jetzt bei diesen Umfragen die Quoten höher waren als bei diesem Echtzeit-Monitoring mit der EDV, naja, also, das ist jetzt... Schauen Sie, da werden tausend Leute angerufen. Ich glaube, bei einmal im Monat oder so machen die das. Da ruft irgendjemand tausend Leute an und sagt: Wollen Sie an einer Umfrage zum Thema Impfung teilnehmen? Wer da Ja sagt, das sind Leute, die wir Selektions-Bias nennen, also das sind eher die Leute, die sich geimpft haben und nicht die, die sich dafür schämen, dass sie sich nicht geimpft haben. Also sie haben schon mal bei denen, die da mitmache Bias. Das zweite, was ich doch ziemlich krass finde, ist, die Umfrage wird nur auf Deutsch gemacht. Wenn da jemand sagt, ich spreche nicht so gut Deutsch, oder der Interviewer merkt, der andere versteht die zum Teil nicht ganz einfachen Fragen, das sind ja mehrere Fragen dabei, nicht so richtig, dann wird das Interview beendet. Das heißt also, Sie haben eine Umfrage unter Deutschsprachigen, fließend Deutschsprachigen an der Stelle gemacht. Und dass Sie da natürlich bei den Umfragen eine höhere „Impfquote“ kriegen als bei dem, was da so eingegeben ist in der EDV, ja, ich glaube, dass es in anderen Ländern genauso wäre, nur, dass die jetzt da nicht so akribisch hinterhersehen. Ehrlich gesagt, ich kann mir kaum vorstellen, dass die Franzosen das besser können als wir. Nur ist es hier halt ein Riesenthema.

[0:22:18]:

Camillo Schumann:

Genau, weil Sie das gerade ansprechen: Sozusagen die Umfragemethodik, wie dann diese Impfquote erhoben wurde, das führt dann am Ende auch zu politischen Entscheidungen und Bewertungen. Da möchte ich jetzt mal einen Ton von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn kurz vorspielen, wie er diese von Ihnen da jetzt gerade, ja auch kritisch hinterfragte Methode, bewertet.

[0:22:41]:

„Die Diskrepanz zwischen gemeldeten Impfungen und dem, was jetzt das Robert-Koch-Institut auch in Umfragen festgestellt hat, ergibt sich eben dadurch, dass möglicherweise manche Impfungen nicht gemeldet worden sind. Dass da ein Thema ist bei den betriebsärztlichen Impfungen, das haben wir ja schon länger auch gesagt darauf hingewiesen. Es wird auch immer mal wieder vorgekommen sein, dass etwa nach Impfungen in einem Pflegeheim das mobile Impfteam vielleicht gesagt hat: Okay, die Papier-Dinge, das Eingeben ins System, das machen wir morgen. Und dann ist es Wochenende geworden, und dann ist es gar nicht mehr passiert. Das kann bei so einer großen Kampagne immer mal wieder vorkommen. Und deswegen haben wir das Robert-Koch-Institut gebeten, als wir die ersten Erkenntnisse hatten, das mal zu validieren, dies tatsächlich mal messbarer zu machen, wie groß dieser Unterschied ist. Und ich finde, bis zu fünf Prozent mehr geimpfte Bürgerinnen und Bürger in Deutschland, sind ein echter Unterschied. Und den müssen und wollen wir natürlich jetzt auch mit einbeziehen in unsere Überlegungen.“

[0:23:37]:

Camillo Schumann:

Das heißt nicht 75, sondern 80 Prozent Impfquote. Wir haben wir letzte Woche darüber gesprochen. Aber kann man das überhaupt so sagen aufgrund einer so dünnen Befragung?

[0:23:47]:

Alexander Kekulé:

Nein, das kann man eben nicht so sagen. Es ist so: Der Unterschied zwischen den Befragungen und dem, was in der Datenbasis ist, liegt ja bei zehn bis zwölf Prozent. Und das sagen die dann so kraft eigener Wassersuppe, Pi mal Daumen ist wirklich der richtige Ausdruck für, da sagen die, okay, und die Hälfte davon ist echt. Und die andere Hälfte davon ist es Bias, wie ich es gerade erklärt haben. Puh, das weiß natürlich auch keiner. Aber letztlich ist es aus meiner

Sicht das Kommunikationsproblem viel früher passiert, dass die Daten, dass solche Daten Real-World-Daten, die Echtwelt-Daten, ja, dass die immer fehlerbehaftet sind, das ist, glaube ich, eben klar. Und es ist so, dass letztlich die Kommunikation zwischen dem Robert-Koch-Institut und dem übergeordneten Ministerium so laufen müsste, dass die sagen: Passt mal auf, das sind unsere erhobenen Daten, diese zehn Prozent zu wenig oder weniger als bei der Umfrage. Und wir gehen davon aus, dass die wirklichen Daten etwas höher sind, wahrscheinlich plus fünf Prozent. Das, was sie jetzt einfach mal so schätzen, wenn die das von Anfang an gemacht hätten, und dann der Bundesgesundheitsminister, das auch so kommuniziert hätte, dass er gesagt hätte: so und so viel haben wir erfasst, und wir rechnen mit einer Dunkelziffer wegen der betriebsärztlichen Dienste. Was er eben jetzt auch richtig gesagt hat und verschiedener anderer Quellen, die da möglich sind. Dann, meine ich, hätte das der ganzen Sache den Dampf genommen, weil diese Zahlen nicht so exakt sind, ist doch klar. Und dass man, wenn man wirklich eine Strichliste macht, immer zu wenig zählt, also eher zu wenig als zu viel, ist doch ganz klar. Also wenn Sie sich hinsetzen an der Autobahn und alle roten Autos zählen und eine Strichliste machen, dann haben Sie immer weniger gezählt, als in Wirklichkeit vorbeigefahren sind. Weil, das kann niemand, dass man wirklich dann, wenn man keinen Roboter ist, wirklich alle erfasst. Und so ist es bei allen Dingen, große Mengen. Wenn sie da einzelne Datenpunkte zählen, kriegen Sie eine Untererfassung. Das weiß jeder. Wer sich mit Statistik auskennt, kann das auch noch quantifizieren. Und dieses Kommunikationselement, das hat im Grunde genommen bei der öffentlichen Darstellung der Impfquote bisher gefehlt.

[0:25:53]:

Camillo Schumann:

Die FDP will nun, dass die Behörde, also das RKI, nicht länger dem Bundesgesundheitsmi-

nisterium untersteht. Was halten Sie von diesem Vorschlag, das RKI aus dem Verantwortungsbereich zu entziehen. Werden damit die Hauptprobleme gelöst?

[0:26:09]:

Alexander Kekulé:

Damit löst man nichts. Das RKI hat ja sehr, sehr viele Aufgaben. Das ist ja keine Pandemie-Behörde. Das ist eine obere Bundesbehörde. Die müssen hauptsächlich Daten eben erfassen, über Impfstatus, über Krebserkrankungen und Gesundheitsvorsorge und so weiter und so weiter. Da gibt es ja ganz viele Dinge. Es ist so, dass man von denen nicht erwarten kann, dass die jetzt plötzlich in der Pandemie umschalten, auf wilder Tiger ja, das ist einfach nicht so, sondern was man überlegen muss, ob man nicht für den Pandemiefall eine andere Struktur hat, die Politik berät und unterstützt. Da hat das Robert-Koch-Institut ja von Anfang an deutliche Schwächen gehabt. Die mussten vieles auch erst mal selber nachlernen, aber auch dann haben sie auf externe Berater zu zurückgegriffen, die auch wiederum viel erst mal nachlernen mussten. Also, Sie wissen ja, ich bin sehr dafür, dass die Schutzkommission wieder aktiviert wird, die wurde ja 2015 aufgelöst aus verschiedenen Gründen, dass man so eine professionelle wissenschaftliche Abteilung hat, die sich eben schon dann, falls mal so was passiert, ja, nächstes Mal ist vielleicht ein Meteoriteneinschlag oder eine Flut oder irgendetwas anderes, die sich einfach professionell mit solchen Dingen auch mit der Risikoabwehr-Bewertung auch mit der interdisziplinären Kommunikation zu den Sozialwissenschaften und so weiter schon seit Jahrzehnten beschäftigt. Und die dann, wenn Sie so wollen, aus dem Stand heraus aktiv werden kann, wenn so etwas passiert. Und so etwas Ähnliches ist ja für die Pandemie ganz konkret in die Pandemiepläne reingeschrieben worden. Übrigens unter anderem von dieser Schutzkommission, die an den Pandemieplänen beteiligt war, nämlich, dass es im Falle einer Pandemie eine interdis-

zipliniere Kommission auch wieder von Fachleuten geben soll, die, wenn Sie so wollen, die die Konzepte macht und den Entscheidern vorliegt. Und das wäre die wichtigere Konsequenz. Das, wenn man wirklich eine Katastrophe hat, dass man dann diese wissenschaftliche Beratung auf eine viel breitere Ebene stellt, eine professionelle Kommission hat, wie es in den Pandemieplänen steht und dass man das nicht gemacht hat, obwohl es – fast hätte ich gesagt, obwohl wir es – den Leuten in die Pläne geschrieben haben. Darüber werden noch Bücher geschrieben werden. Aber das war hier der Hauptfehler. Das RKI jetzt plötzlich umzupfen, das wird nicht funktionieren.

[0:28:32]:

Camillo Schumann:

Bücher geschrieben oder Podcasts vollgequatscht. Aber man muss natürlich jetzt auch zum Schutz des Robert-Koch-Instituts sagen, dass das RKI nur so gut ist, wie die Daten, die zugeliefert werden beziehungsweise die Daten, die selber erhoben wurden. Aber ist es nicht die föderale Gesundheitsstruktur zum einen das Problem. Und zum anderen, dass es ja auch Institute gibt, zum Beispiel von den Krankenkassen, wissenschaftliche Institute der AOK, die auf einem Berg an Informationen sitzen. Das ist doch ein Schatz, den sie eigentlich nur weitergeben müssten, damit dann eben die Zahlen der Bewertung dann auch stimmen. Dass man sich dann so eine Umfrage, die man zur Impfquote macht, dann auch sparen kann.

[0:29:19]:

Alexander Kekulé:

Naja, das sprechen Sie viele Themen an, die wieder einen Podcast füllen könnten. Also das Thema Datenschutz, um das einfachere zuerst zu sagen: Ja, wir sind in Deutschland wahrscheinlich Weltmeister im Daten sammeln, aber ganz schlecht im Daten auswerten. Die liegen alle irgendwo rum, und man ist dann immer ... , wie Sie sagen, auf stößt manchmal auf Schätze. Das hängt ein bisschen am föderalen

System, aber hauptsächlich an unseren Vorstellungen, wie man Datenschutz zu machen hat. Das ist, glaube ich, in dieser Pandemie schon öfters gesagt worden, dass wir da meines Erachtens auch die falschen Prioritäten setzen oder gesetzt haben. Wenn Sie mal daran denken bei dieser Corona-Warn-App, die übrigens auch letztlich Produkt vom RKI ist, die ist im Grunde genommen tot gewesen in dem Moment, als man gesagt hat, die Geolocation-Daten dürfen nicht verwendet werden, also die letztlich, wo Sie gerade sind. Sie dürfen zwar Proximity-Daten haben, wenn sich zwei Leute begegnen mit diesem Bluetooth-System, dass man merkt, da war jemand anders in der Nähe. Aber sie dürfen keine zentrale Datenbank haben, wo die Geolokalisation drauf ist, also das, was Facebook, WhatsApp machen und alle miteinander und Google und sonst wer und was wir ständig dauernd machen, wo wir ständig, wenn wir unser Handy einschalten, irgendwie okay drücken, wenn er die ganzen Bestätigungen gefragt werden. Das durfte man also jetzt bei der Pandemie nicht. Und dadurch ist es so ein Rohrkrepierer, diese App. Das heißt, wir müssen wirklich noch mal überlegen, ob wir nicht anonymisierte Daten, und das betrifft eben zum Beispiel auch solche, die von den Krankenkassen erhoben sind, ob man die nicht verwenden darf in so einer Notfallsituation. Da gibt es viele Ausnahmeregelungen in Deutschland, die zum Beispiel polizeilicher Ermittlungen betreffen. Aber scheinbar ist es, ich sage es etwas polemisch, in Deutschland wichtiger, den Kaufhausdieb zu erwischen und dafür irgendwelche Kameras auszuwerten, wo natürlich dann auch Gesichter von Leuten drauf sind, damit die damit nichts zu tun haben, als so ein Virus dingfest zu machen. Und da setzen wir ein bisschen die falschen Prioritäten. Und das würde aber jetzt zu weit führen, noch während dieser Pandemie das zu ändern. Wir sind halt so, und deshalb reden wir in diesem Podcast zu oft neidisch über die Daten aus UK, die so etwas haben, ohne dass ich finde, dass im Vereinigten Königreich man jetzt die Persönlichkeitsrechte mit Füßen tritt.

[0:31:34]:

Camillo Schumann:

Das ist genau der Punkt. Wir haben während der gesamten Pandemie sehr sehnsüchtig nach Israel geschaut, wo genau das gemacht wird. Gut, da ist die Krankenkassen-Struktur auch eine andere, aber nichtsdestotrotz. Oder eben nach Großbritannien, wo die Daten ja vorhanden sind. Und wir haben aus den vorhandenen Daten dann Rückschlüsse für Deutschland gezogen, was auch ein bisschen irre ist. Aber wir haben es getan. Müssten nicht dann auch die Koalitionäre einer Ampel-Regierung beispielsweise genau das Thema Datenschutz, wie bekommen wir dann die Daten besser in unsere Behörden, nicht auch angehen und dann in Gesetze gießen. Wäre das nicht so eine Forderung?

[0:32:13]:

Alexander Kekulé:

Ja, das kann man sich wünschen. Also wir bräuchten zumindest für solche Extremsituationen, wo wir eigentlich dann eine Gefahrenabwehr-Lage haben, wie der Katastrophenschützer sagen würde. Da brauchen wir im Grunde genommen mehr Großzügigkeit oder auch gute Algorithmen, die die Dinge dann verschlüsseln. Also ich selber würde jetzt nicht wollen, dass jeder Mensch im Gesundheitsamt nachgucken kann, wo der Kekulé gerade gestern beim Abendessen gegessen hat oder ähnliches. – Da hat er schon wieder zehn Euro für die Wurst ausgegeben. – Aber es ist so, das wäre nicht mein Ding, sondern es wäre so, dass ich glaube, das kann man wirklich dichtmachen. Das kann man ja anonymisieren. Das ist dann irgendeine Nummer. Die Nummern wechseln dann regelmäßig. Das ist ja nun tägliches Geschäft. Auf der anderen Seite, um dieser Warn-App und ihren Anschlüssen eins drauf zu geben, noch ist es ja so, was mich wirklich stört, ist zum Beispiel, dass, wenn Sie ihren QR-Code vorzeigen, mit der App, dass sie geimpft sind, also vollständig geimpft, vollständiger

Impfschutz, da muss er nur mit dem Finger mal kurz nach links swipen und dann sieht der, ob sie Corona hatten ja oder nein. Und da finde ich, hey, das muss jeder Türsteher wissen, wer jetzt nun Corona hatte und wer nicht. Also das finde ich jetzt, dass sich da keiner aufregt ist, wundert mich zum Beispiel. Das sind ja nun ganz explizite Daten, Persönlichkeitsdaten, persönliche Daten im engsten Sinne also. Da können wir in allen Richtungen noch ein bisschen was machen. Und, ja, die neuen Koalitionsgespräche ..., wäre schön, wenn sie sich darum kümmern. Ich sehe da wenig Chancen, weil ja die Tendenz so ist: Es gibt eben so eine Daten-Korrektheit, die politische Korrektheit geht halt sehr, sehr weit.

Camillo Schumann:

Na gut, aber diese Daten-Korrektheit kostet am Ende Menschenleben, das müssen wir mal so klar sagen.

Alexander Kekulé:

Das ist in dieser Lage so, und da haben wir in Deutschland Instrumente. Wenn sozusagen die Polizei im Vollzug ist und wenn es darum geht, wie gesagt, ein Kaufhausdieb zu stellen, dann darf man alles Mögliche machen, wenn da Gefahr im Verzug ist. Wenn aber durch einen Virus Gefahr im Verzug ist, dann wird es eben rauf und runter diskutiert. Und ja, das ist das zweite Thema, dieses föderale System. Es wird letztlich im föderalen System bei der Gesundheit, weil das eben nicht Teil der konkurrierenden Gesetzgebung ist, in der Verfassung ist es bei der Gesundheit so, dass die Länder das Sagen haben und dass die Länder sozusagen operativ, also von der Exekutive her das Sagen haben. Das ist ja super, das ist auch richtig so. Natürlich weiß irgendjemand in einem Landkreis viel besser, wie viele Einreisende aus dem Nachbarstaat er hat, wenn sie irgendwie an Aachen denken, die wissen natürlich dort lokal viel besser, wie sie es klären können, dass die Holländer da nicht zu viele Infektionen einschleppen oder umgekehrt. Aber muss das denn Bundeslandweise durch die Parlamente demokratisch legitimiert werden? Das ist ja das

deutsche Modell. Das deutsche Modell ist ja, dass die Gesundheit durch die Parlamente legitimiert wird, also auch die Legislative da zuständig ist. Es wird ganz oft durcheinandergebracht, weil die Leute immer sagen: Ja, die kennen sich da lokal besser aus, ein dezentrales System ist super. Das haben wir, die Franzosen auch. Die Franzosen haben auch in ihren Departements natürlich eine lokale Verwaltung. Und dort ist es so, dass natürlich die Exekutivfunktionen komplett dezentral laufen. Aber der Souverän, das Volk, greift nur in Paris sozusagen ein in die Gesetzgebung. Und ich bin der Meinung, dass wir eigentlich keinen Grund haben, bei einer solchen Abwehr, dass jetzt jeder, jedes Land, jedes Bundesland, die Menschen, die da leben und wahlberechtigt sind, jetzt quasi einen Zugriff haben müssen auf die Kontrolle und die lokale Gesetzgebung, weil das Jahr im Saarland so wahnsinnig viel anders ist als in Rheinland-Pfalz oder ähnliches. Und das sehe ich hier nicht. Und da könnte man was machen an der Stelle.

[0:36:20]:

Camillo Schumann:

Gut, dass wir mal ein bisschen ausführlicher darüber gesprochen haben. Um da jetzt so eine thematische Klammer zu setzen: Wir begannen ja mit der Kritik am Robert-Koch-Institut. Aber um da vielleicht so einen kleinen Strich drunter zu ziehen: Das Robert-Koch-Institut ist auch so ein bisschen Opfer der Struktur, oder?

[0:36:33]:

Alexander Kekulé:

Ja, an der Stelle tun sie mir immer leid. Also, da wurde wohl auch immer am Anfang geschimpft, dass wir also von Johns Hopkins University unsere epidemiologischen Daten für Deutschland abgreifen. Selbst die „Tageschau“ hat das berichtet. Da können die Leute, die dort sitzen, wohl nichts dafür. Was man sicher machen muss, und da bin ich schon dafür nach dieser Pandemie, weil ja doch die Liste der Fehler, die jetzt schon ziemlich deutlich mit

dem Robert Koch-Institut zu tun haben. Man sollte danach mal wirklich eine Untersuchung machen, was da wie im Einzelnen gelaufen ist. Weil, die Behörde muss natürlich diese Probleme auch dem Gesundheitsministerium anzeigen und sagen, passt mal auf, wir bräuchten das und das, um dem abzuhelfen. Und ich hoffe und wünsche mir, dass das wirklich passiert. Und wenn jetzt mal so in Personen gesprochen, wenn der Herr Wieler beweisen kann, ich habe das ja gefordert von Herrn Spahn, er hat es mir noch nicht gegeben, dann ist er als Beamter natürlich aus dem Schneider. Ja, so ist das bei Beamten. Wenn er andererseits keine Anstalten gemacht hat, die Strukturen, die nicht funktioniert haben, zu verbessern, dann ist es eher ein Problem des Robert-Koch-Instituts. Und ich glaube, das müsste man schon feststellen, wo sozusagen der Fehler an der Stelle war, damit wir beim nächsten Mal hoffentlich ein bisschen eleganter mit diesen Themen umgehen können.

Camillo Schumann:

[0:37:58]:

Kommen wir zu einem weiteren, sehr wichtigen Thema, Herr Kekulé: die Auswirkungen der Corona-Pandemie. Es gibt ja natürlich Menschen, die an oder mit Corona gestorben sind. Es gibt aber Millionen Menschen, die unter psychosozialen Folgen der Pandemie oder unter Maßnahmen leiden. Zu Depressionen, Angststörungen gibt es ja immer mal wieder Studien. Wir wollen jetzt über eine sprechen, die gerade bei Lancet veröffentlicht wurde, also eine Studie mit Hand und Fuß. Die Forscher haben Daten aus Nordamerika, Europa und Ost-Asien ausgewertet. Erst einmal zur Methodik: Die Zahlen, über die wir gleich sprechen werden, sind ja Schätzungen.

[0:38:32]:

Alexander Kekulé:

Ja, das sind Schätzungen natürlich. Es ist eine sogenannte Metaanalyse, die man da gemacht hat. Man muss vielleicht eins weiter greifen.

Einmal im Jahr wird immer weltweit festgestellt, welche Krankheiten schaden uns als Gesellschaft eigentlich am schlimmsten insgesamt weltweit. Und da wird so eine Studie gemacht, die heißt Global Burden of disease study and risk factors. Und diese GBD-Studie wird jetzt gerade für 2020 gemacht, immer für das zurückliegende Jahr. Und in dem Zusammenhang werden alle Publikationen, die es gibt zu dem Thema, jetzt hier ganz konkret Depressionen und Angststörungen, ausgewertet, und man guckt dann, kann ich daraus ableiten, wie häufig das gewesen ist, also welche Krankheitslast eigentlich dadurch entstanden ist. Und hat sich das durch Corona verändert. Es ist eine Metaanalyse, eine Analyse von Studien, die es schon gibt. Und auf dieser Basis haben die, wenn man so will, eine Schätzung gemacht. Also die haben das quasi mathematisch-statistisch hochgerechnet.

[0:39:39]:

Camillo Schumann:

Und die Datengrundlage war sehr, sehr groß. Das Ergebnis: Es gibt rund ein Viertel mehr Depressionen und Panikattacken in 2020. Das ist eine ganze Menge.

[0:39:52]:

Alexander Kekulé:

Ja, also das ist so, dass die ganz klar dort die Depressionen und diese Panikattacken und Angststörungen ausgewertet haben. Die haben nicht alle Depressionen ausgewertet, sondern nur das, was man auf Deutsch schwere Depressionen nennen würde. Auf Englisch heißt es dann Major depressiv disorder und bei Angststörungen dann gibt es ein relativ großes Paket. Und das ist deutlich angestiegen im Pandemie-Jahr, zumindest nach dieser Auswertung. Man muss vielleicht dazusagen: Das ist eine der wirklich häufigen Erkrankungen weltweit. Also das ist so, dass wir mit den Depressionen knapp 200 Millionen Menschen weltweit haben, die darunter leiden, und fast 300 Millionen Menschen leiden unter Angststörungen. Das ist also auch als Gesundheitslast, wenn

man mal ausrechnet, wie viele Krankheitstage zum Beispiel dadurch zustande kommen. Ein riesiges Thema! Und wenn sich das jetzt natürlich noch einmal deutlich erhöht, ist das ein Faktor. Doch wie Sie es richtig gesagt haben, die Depressionen sind um fast 28 Prozent und die Angststörungen um etwa 26 Prozent angestiegen, nur mal so als Größenordnung. Das bedeutet, dass zusammengenommen jetzt wir ungefähr 20 Millionen Lebensjahre verloren haben allein durch diese zwei Krankheiten. Diese sogenannten disease adjusted life years, Dalys, das ist eine ganz interessante Rechnung. Man überlegt, wie viele Tage verliert ein Patient, wie viel Wochen verliert ein Patient, in der Weise, dass er arbeitsunfähig wird? Und das wird dann in Jahre umgerechnet. Und wenn man dann von allen Patienten, die das hatten, quasi die gesamte Corona-Zeit bisher zusammenrechnet, dann kommen die eben auf ungefähr 20 Millionen Lebensjahre weltweit, die verloren wurden. Alleine mit diesen zwei Krankheitseinheiten, also schweren Depressionen und den Angststörungen, ist das ist schon heftig. Das ist ein gesundheitlicher Faktor, eine Rolle spielt.

[0:41:59]:

Camillo Schumann:

Und die Analyse ergab, dass Frauen unverhältnismäßig stark betroffen sind, und, was ich auch sehr interessant fand, die 20- bis 24-Jährigen, wo die Pandemie überdurchschnittlich auf die Psyche durchgeschlagen hat, weil es eben keinen sozialen Kontakt gab. Die Schulen, die Unis waren geschlossen. Und gerade in dieser Altersgruppe, leiden die jungen Menschen besonders darunter. Das hat mich doch sehr schockiert.

[0:42:26]:

Alexander Kekulé:

Ja, wir wissen nicht genau, woran es liegt. Also es ist natürlich naheliegend, so zu denken, wie sie es gerade gesagt haben. Zwei Drittel waren ungefähr Frauen. Das sehen wir übrigens bei

anderen Erkrankungen auch. Das ist keine Besonderheit der Pandemie. Aber es ist so, dass in der Tat das jetzt nicht sozusagen rauskristallisiert wurde. Das machen diese Studien gar nicht. Ob das jetzt durch die sekundären Maßnahmen war, also Kontaktreduktion und ähnliches, oder ob es vielleicht durch die Erkrankungen selber war, das ist ja auch möglich, dass jetzt die Erkrankungen und ihre Folgen da eine Rolle gespielt haben, also das ist eine Blackbox bei dieser Studie, weil die quasi nur das Gesamtergebnis betrachtet haben: sozusagen der krankmachende Faktor ist die Pandemie, egal welcher Teil der Pandemie. Ob das jetzt primäre oder sekundäre Kollateraleffekte sind oder überhaupt Primäreffekte, die durch die Erkrankung selber kommen, ist unklar. Man muss vielleicht an einer Stelle auch noch ergänzen, weil diese Studie natürlich dann immer in den Medien so ein bisschen hochgespielt werden: Was da letztlich die Grundlage ist bei so einer Metaanalyse: die haben insgesamt 48 Publikationen ausgewertet, die wiederum ganz viele verschiedene Regionen ausgewertet haben. Das sind sehr, sehr viele Menschen, die da quasi berücksichtigt wurden. Aber es ging zunächst mal nur um die Symptome. Die meisten Studien, die da ausgewertet wurden, haben Symptome, die von Ärzten bestimmt wurden oder in Fragebögen bestimmt wurden durch Selbstauskunft, zur Grundlage gemacht. Was bedeutet das? Wir haben hier Symptome von Angststörungen oder Symptome von Depressionen. Aber es ist nicht, wenn Sie so wollen, die Diagnose schwere Depression oder Angststörung von einem Arzt gestellt worden, in jedem einzelnen Fall. Die Unterscheidung ist deshalb wichtig, es ist durchaus möglich, dass jetzt so eine pandemische Situation, wo man zum Beispiel Angst vor einer Virusinfektion hat oder Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes oder ähnliches, dass die, wenn Sie so wollen, im Fragebogen dazu führt, dass mehr Menschen Angst oder depressionsähnliche Symptome ankreuzen oder auch diese Symptome haben tatsächlich, ohne dass der Psychologe hinterher, oder der Psychiater, dann eine Diagnose schwere Depression oder Angststörung stellen

würde. Das heißt, ob jetzt sozusagen diese als definierte Krankheit wirklich angestiegen ist, ist gar nicht klar, sondern es sind zunächst mal nur die Symptome angestiegen. Und das ist deshalb wichtig, weil wir bei den Krankheiten relativ gut wissen aus den bisherigen Statistiken, wie lange so was im Durchschnitt dauert und wie schwer so etwas im Durchschnitt ist. Und die Wissenschaftler wissen das natürlich in diesem Fall nicht, weil das eine ungewöhnliche Situation in der Pandemie ist. Und deshalb mussten die quasi diese Parameter, wie lange dauert das typischerweise und wie schwer es ist typischerweise, aus der Zeit vor der Pandemie quasi übernehmen für die Pandemiephase. Es kann aber sein, dass wir hier etwas haben, was vielleicht viel schneller geht und gar nicht so schwere Symptome hat. Und wenn die Belastung dann weg ist, dann auch wieder verschwindet. Also das muss zum Beispiel längst nicht so nachhaltig sein wie die Angststörungen oder Depressionen, die wir sonst haben.

[0:45:40]:

Camillo Schumann:

Letzte Frage zu diesem Thema: Welche Schlüsse ziehen wir daraus? Es ist jetzt nichts Überraschendes. Es sind nur noch mal sozusagen valide Zahlen. Welche Schlüsse ziehen wir daraus?

[0:45:49]:

Alexander Kekulé:

Ich ziehe daraus den Schluss, dass diese Pandemie wirklich ein ganz massives psychologisches Ereignis ist, was natürlich klar ist. Insbesondere übrigens in den Ländern, und das ist ganz interessant, wo das Virus stärker gewütet hat, dort sind auch diese Depressionen und Angststörungen häufiger. Und vielleicht noch einmal so zur Größenordnung: Wir haben jetzt gesagt, um ungefähr 25 Prozent sind diese Störungen gestiegen während der Pandemie. Es gibt ja schon ähnliche Studien von anderen Problemen. Interessanterweise nimmt man da immer gerne Finanzkrisen. Und bei der Finanzkrise in

Griechenland 2009, die vielleicht vielen noch in Erinnerung ist, oder in Hongkong 2008, was man hier nicht so mitgekriegt hat, da war es jedes Mal so, dass diese Depressionen um ungefähr vier bis fünf Prozent angestiegen ist. Da gibt es viele Studien dazu, also in der Krise vier bis fünf Prozent mehr Depressionen. Und jetzt haben wir es mit 25 Prozent zu tun. Das heißt, ich glaube schon, dass uns diese Pandemie, auch wenn dann hoffentlich im nächsten Jahr die akute Phase vorbei ist, wir danach wahrscheinlich mit Long Covid und auch mit solchen psychologischen Folgeerscheinungen noch lange zu tun haben werden.

[0:47:05]:

Camillo Schumann:

Kommen wir zu den Fragen unserer Hörerinnen und Hörern. Herr Hampel hat angerufen. Und der Herr Hampel, das werden Sie gleich alle hören, ist sehr, sehr genervt. Er hat folgende Frage:

[0:47:17]:

„Wann sagt denn endlich jemand öffentlich, dass wir aufhören können uns mit Fußtritten, Fausthieben oder Ellbogen ausfahren, uns begrüßen zu müssen. Es macht mich wirklich zunehmend wütend zu sehen, dass die Bundeskanzlerin bockt im Fernsehen, dass der Papst niemand mehr die Hand gibt, während wir alle mitten in den Aerosolen, in vollen Wirtschaften sitzen dürfen und das Ganze noch ohne Maske. Muss es vielleicht sein, dass das RKI mal endlich bekanntgibt, dass das Virus sich nicht über Händeschütteln verbreitet und wir uns wieder wie üblich freundlich die Hände geben können?“

[0:47:59]:

Alexander Kekulé:

Ja, ich habe auch geschmunzelt am Anfang, als die Bundeskanzlerin Herrn Seehofer zum ersten Mal nicht die Hand geben wollte. Das berühmte Bild war der Anfang einer langen Freundschaft. Es ist so, wann sagt es endlich jemand öffentlich? Also, wir sind hier öffentlich.

Also wir können aufhören, uns mit Fußtritten, Fausthieben und Ellbogen quasi zu traktieren. Ich bin tatsächlich der Meinung, dass das spätestens jetzt eigentlich man das nicht mehr braucht. Also es ist natürlich immer so, wenn sie sicher sein wollen, auch vor anderen Infektionskrankheiten, sollten Sie sich häufiger mal die Hände waschen. Wir wissen zum Beispiel bei der Influenza, dass regelmäßiges Händewaschen die Influenza-Wahrscheinlichkeit, sich anzustecken, durchaus reduziert. Da gibt es Studien, dass das sogar bis 30, 40 Prozent hochgeht. Aber wenn Sie sagen, das nehme ich als Restrisiko meines Lebens mit, und es ist letztlich kein sehr hohes Risiko. Das hat der Hörer völlig richtig gesagt. Die Wahrscheinlichkeit, sich bei Covid anzustecken durch eine Kontaktinfektion, ist viel, viel geringer als durch Aerosole. Es ist auch schon ziemlich lange klar, war eigentlich schon nicht ganz unwahrscheinlich, als damals die Frau Merkel dem Herrn Seehofer den Händedruck verweigert hat. Also da kann man jetzt zumindest sagen, könnten wir eigentlich machen. Letztlich ist es doch irgendwie gesellschaftlich nicht mehr in Ordnung, sich die Hand zu geben. Und ich glaube, dass viele Leute das gerne machen würden und sparen sich das zumindest, wenn jemand anders zuschaut. Ja, da ist wieder diese politische Korrektheit. Wir müssen ein bisschen aufpassen, dass wir in Deutschland nicht sozusagen den Wald vor lauter Bäumen aus den Augen verlieren. Es geht darum, dass man sich, wenn man jemanden angefasst hat, der krank ist, nicht gleich hinterher in die Augen oder in die Nase fasst, dass man sich vor dem Essen die Hände waschen sollte, wie jedes Kind weiß. Aber wir können uns im Prinzip die Hände wieder geben.

Camillo Schumann:

Und wie machen Sie es privat eigentlich?

Alexander Kekulé:

Bei mir ist es so, ich mache es gleiche von Anfang an. Ich meine, ich habe das sogar in diesem Podcast ganz am Anfang schon mal gesagt. Also es ist so, wenn sie völlig fremden

Leuten irgendwie die Hände geschüttelt haben, das ist ja manchmal auch eine Last, dass man das machen muss, manche sind vielleicht froh, dass es nicht mehr nötig ist. Dann fasse ich mir definitiv danach nicht ins Gesicht, und zwar schon immer. Das hat nichts mit Covid zu tun, sondern bevor ich dann was esse oder mir ins Gesicht fasse, wasche ich mir irgendwann unauffällig die Hände. Und so habe ich es ehrlich gesagt, auch während der Pandemie gemacht. Ehrlich gesagt: Mir wollte kaum einer noch die Hand geben, und deshalb habe ich es mir so ein bisschen abgewöhnt. Aber es gibt durchaus Menschen, denen ich weiterhin die Hand gebe, obwohl sie mit mir nicht im gleichen Haushalt leben.

Camillo Schumann:

Ist ja auch ein guter Vorwand, dass man jetzt Leuten, die man nicht leiden kann, nicht mal die Hand geben muss.

Alexander Kekulé:

Das darf ich Ihnen auch sagen. Das waren ja früher immer diese Hygieniker im Krankenhaus, die sich mit dem Ellbogen begrüßt haben, was ich, ehrlich gesagt, schon immer unmöglich fand. Und das hat sich jetzt so weltweit durchgesetzt. So gibt es manchmal Unarten, die plötzlich zur Mode werden. Das sehen die aber anders. Das sehen die natürlich völlig anders. Aber deshalb frage ich auch manchmal. Ich höre dann tatsächlich insbesondere von Frauen, dass die froh sind, dass dieses ständige Getätschel und Gebussi irgendwie ein Ende hat. Und das müsste man dann tatsächlich mal mit den Betroffenen diskutieren. Die Einzelmeinung eines Virologen ist da, glaube ich, nicht so relevant.

Camillo Schumann:

Herr Krause hat angerufen und folgende Frage
„Ich bin 80 Jahre alt. Im Februar/März dieses Jahres zweimal gegen das Coronavirus mit Moderna geimpft worden. Und jetzt beträgt mein Antikörpertiter bei einem Normalwert kleiner als 0,8 beträgt der jetzt 2320. Frage: Sollte ich

mir jetzt eine dritte Impfung geben lassen gegen das Coronavirus? Vielen Dank für ihre Mühe. Auf Wiederhören.“

[0:52:11]:

Alexander Kekulé:

Aktuell wird es ja jetzt empfohlen vom RKI, so dass jetzt die formale Antwort Ja ist. Also das ist ja seit letztem Donnerstag, zumindest hat die STIKO angekündigt, dass sie das empfehlen wird. Muss man das machen, wenn man seinen Antikörper-Titer kennt bei so einem Titer, eher nicht. Die aktuelle Datenlage ist so, dass wir wissen, dass Menschen, die ein hohes EGG haben, praktisch immer auch hohe neutralisierende Antikörper haben. Das sind die, die dann wirklich das Virus erwischen und praktisch immer auch ganz gute T-Zell-Titer haben. Die haben also diese T-Zellen, die dann quasi auch mithelfen, die Viren zu eliminieren. Also diese Lymphozyten, die das machen, die weißen Blutkörperchen. Sodass man sagen kann, wenn also das IGG, was man so in den Standardtests misst, hoch ist, dann hat es eine ganz gute Aussagekraft. Und das heißt in diesem Fall, Herr K. müsste sich eigentlich nicht impfen lassen, nicht Boostern lassen. Blöd und schwierig ist es nur, wenn der Titer niedrig ist. Dann wissen wir nicht genau: Ist er niedrig, weil die Immunantwort schlecht ist, oder ist nur das gesamte Immunsystem nach der Impfung in so einer Art Park-Zustand zurückgefahren und ist jederzeit bereit, da wieder rauszuspringen. Aber wir sehen es nicht. Also, dass der niedrige Titer lässt keine Aussage zu. Der hohe Titer ist eigentlich ein Beleg dafür, dass nach allem, was wir im Moment wissen, die Immunität vorhanden ist.

[0:53:43]:

Camillo Schumann:

Damit sind wir am Ende von Ausgabe 229. Vielen Dank, Herr Kekulé.

Wir hören uns dann am Donnerstag wieder. Bis dahin.

Alexander Kekulé:

Gerne bis Donnerstag, Herr Schumann.

Camillo Schumann:

Sie haben auch eine Frage. Dann schreiben Sie uns an mdraktuell-podcast@mdr.de. Oder Sie rufen uns an, kostenlos unter 0800 300 22 00. Alle Spezialausgaben und alle Folgen Kekulés Corona-Kompass unter Audio und Radio auf mdr.de, in der ARD-Audiothek, bei YouTube und überall wo es Podcasts gibt

Lust auf einen Podcast-Tipp? Da hören Sie doch mal in den „Rechthaber“ rein, der Podcast für Ihre juristischen Alltagsfragen. „Der Rechthaber“, überall, wo es Podcasts gibt.

MDR Aktuell: „Kekulés Corona-Kompass“
--