

MDR Aktuell – Kekulé's Corona-Kompass

Samstag, 19.09.2020

#110: Hörerfragen SPEZIAL

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

Camillo Schumann

- Sind Genesene wirklich wieder gesund?
- Stimmt es, dass der Mensch grundsätzlich voller Viren ist?
- Sollte man in bestimmten Situationen zwei Masken übereinander tragen?

Damit herzlich willkommen zu einem Kekulé's Corona-Kompass Hörerfragen-SPEZIAL. Die Fragen, die kommen von Ihnen und die Antworten von Virologen und Epidemiologen Professor Alexander Kekulé.

Ich grüße Sie, Herr Kekulé.

Alexander Kekulé

Hallo Herr Schumann.

Camillo Schumann

Diese Dame hat angerufen. Sie macht sich Gedanken um Patienten, die wegen Covid-19 auf der Intensivstation gelandet sind und denen es nach der Behandlung noch nicht gut geht.

„Geht es den Patienten aufgrund der Nachwirkungen von Covid-19 so schlecht, oder weil er sich zusätzlich noch einen Krankenhauskeim geholt hat? Und wie kann man das überhaupt testen? Und ist es sinnvoll, überhaupt zu testen und zu differenzieren, warum es einen Patienten schlecht geht?“

Nachwirkung oder Krankenhauskeim?

Alexander Kekulé

Also ich würde davon ausgehen, dass in jedem halbwegs vernünftigen Krankenhaus die Ärzte merken, wenn ein Krankenhauskeim den Patienten befallen hat und ihn nicht einfach nach Hause lassen, ohne den zu therapieren. Das heißt, ich würde fast ausschließen, dass in einem deutschen Krankenhaus jemand einfach so entlassen wird und dann hinterher wirklich schwer krank wird, weil der Krankenhauskeim nicht bemerkt wurde. Das wäre eine extreme Ausnahme.

01:30

Camillo Schumann

Frau R. aus Chemnitz hat uns eine ziemlich lange Mail geschrieben. Die lese ich jetzt mal vor. Ihre Geschichte ist wirklich sehr, sehr interessant. Sie schreibt:

„Ende Januar 2020 erkrankte ich für meine Verhältnisse recht heftig. Viele Personen in meinem Umkreis ebenfalls. Einige wurden auf Influenza getestet, aber niemand war Influenza positiv. Auch insgesamt war der Krankenstand zu dieser Zeit in Chemnitz ziemlich hoch. Damals dachte noch niemand an Corona. Den ersten offiziellen Fall gab es in Sachsen wohl erst im März. Ich wurde und werde von vielen belächelt, weil ich der Überzeugung bin, dass es damals bereits Covid-19-Symptome waren. Am 15. Juni ließ sich in einem Labor einen IgG-Antikörpertest machen. Der war positiv. Drei weitere Personen im unmittelbaren Umfeld ließen sich ebenfalls testen. Deren Ergebnisse waren allerdings alle negativ. So stand es jedenfalls im Befund, obwohl der Wert nicht gleich Null war. Bei meinem Test wurde auch irgendwie noch weiter getestet. Was genau kann ich leider nicht sagen. Mein Wert 1,5 positiv. Die anderen Werte: 0,8; 0,5; 0,3 negativ. Kann das denn sein? Entweder man hat Antikörper oder nicht. Oder sehe ich das falsch?“

02:39

Alexander Kekulé

Also dazu muss man zwei Sachen sagen. Erstens ist es so, dass tatsächlich bei diesen Tests es immer so einen *cut-off* gibt, wie wir das nennen. Also es gibt einen Grenzwert, über dem wird der Test als positiv dann ausgewertet. Das machen die Hersteller so, dass sie ganz viele positive und ganz viele negative Patienten

tenproben nehmen und dann noch ein paar, die so an der Grenze sind. Und dann schaut man einfach ab welcher Schwelle typischerweise die positiven sicher erkannt werden. Es kann durchaus sein, dass jemand unter diese Grenze gerutscht ist, wenn er vor einigen Monaten – in dem Fall ist es wohl fünf Monate her ungefähr – wenn das schon einige Monate her ist, dass er diese Covid-19-Infektion hatte. Also ich würde aufgrund dieses Ergebnisses nicht ausschließen, dass die anderen auch Covid-19 damals hatten. Und wir wissen ja inzwischen, dass es einzelne Fälle, einzelne Eintragungen nach Europa durchaus schon Ende Januar gab.

03:36

Camillo Schumann

Und die Frau R. aus Chemnitz schreibt weiter:

„Man wundert sich, dass es im Osten so wenige Fälle gibt. Aber wenn man nicht richtig zählt, beziehungsweise die Möglichkeit nicht in Erwägung zieht, dass Corona schon viel, viel eher seine „Opfer“ fordert, ist das auch kein Wunder. Das wäre dann so ein bisschen deckungsgleich, nicht?“

Alexander Kekulé

Ja, das geht in die Richtung. Auf der anderen Seite muss man immer überlegen, was ist denn epidemiologisch relevant. Also epidemiologisch relevant ist, wenn man einen Ausbruch hat – viele Fälle. Ein Fall oder zwei oder wie in diesem Fall, wo sich ein paar Freunde gegenseitig angesteckt haben. Keiner ist auf die Intensivstation gekommen. Die Infektionskette hat sich selbst sozusagen totgelaufen. Das ist eine Situation, wo man jetzt epidemiologisch eigentlich keine kalten Füße bekommen muss. Ich bin sicher, dass so was ganz oft in Europa passiert ist. Da waren sich einzelne Reisende aus China am Anfang, aus Wuhan, irgendwelche Geschäftsreisenden, die haben vielleicht ein, zwei Leute infiziert. Und es ist da noch ein, zwei Generationen vielleicht weitergelaufen und war wieder vorbei. Bevor es diesen Initialzündungs-Effekt in Norditalien gab, war das eben ein Problem, was epidemiologisch nicht besonders relevant war. Das hätte man natürlich auch in den Griff bekommen können, damals. Ich kenne viele solche Beispiele von Leuten, die auch beim Skifahren waren, in Italien

oder in Österreich, und dann so ganz merkwürdige Krankheiten mitgebracht haben.

05:00

Camillo Schumann

Herr B. aus Kassel hat geschrieben:

„Meine Frage dreht sich um das eher selten betrachtende Thema Genesene, deren Zahl vom Robert Koch-Institut nur geschätzt wird (wie eigentlich?); Infizierte von vor 14 Tagen, die seither nicht hospitalisiert wurden oder gestorben sind. Und ist angesichts der immer häufiger berichteten und längst nicht vollkommen klaren Langzeitfolgen der Begriff genesen da nicht etwas irreführend? Wäre nicht mehr infektiös wissenschaftlich korrekter? Viele Grüße, Herr B. aus Kassel.“

Alexander Kekulé

Also, das ist richtig. Also, die Überlegungen sind alle richtig. Ist es so? Das Robert Koch-Institut macht einfach eine Subtraktion. Die schauen sich an, nach einer gewissen Zeit, wer ist sozusagen nicht gestorben, und der gilt dann als genesen. Wie viele Menschen dort Langzeiteffekte haben oder vielleicht immer noch krank sind – es gibt ja durchaus auch Krankheit ohne Virusausscheidung – das ist etwas, was da überhaupt nicht erfasst wird. Epidemiologisch ist es wichtig, dass man diese sogenannten *Genesenen* erfasst und unterscheidet von denen, die *infektiös* sind, weil man daraus schätzen kann, wie der weitere Krankheitsverlauf ist. Wenn man insbesondere eine Vorhersage machen möchte, wie diese Kurve sich weiter verhält, ob es weiter nach oben oder nach unten geht, dann muss man eigentlich immer die Zahl der im Moment infektiösen Personen in der Population schätzen. Und dafür brauchen die quasi diesen Abzug der Genesenen. Das ist der einzige Grund, warum das gemacht wird. Das hat nichts damit zu tun, dass die Leute jetzt wieder echt gesund werden oder nicht.

06:32

Camillo Schumann

Herbert B. hat gemailt:

„Um mich mit Corona zu infizieren, bedarf es einer mehr oder minder bestimmten Menge an Viren, sei es über Aerosole beziehungsweise

größere Tröpfchen. Wenn ich jedoch mir nur eine sehr geringe Anzahl an Coronaviren im Alltag einfange, welche unter der infektiösen Dosis bleibt, dann werde ich nicht erkranken. Aber mein Immunsystem baut doch dann bereits eine gewisse Immunität gegen das Virus auf. Und ich bin dann in Zukunft beim nächsten Viruskontakt geschützt? Das ist jetzt die Frage. Viele Grüße, Herr B..“

Er hat unseren vorletzten Podcast vom Dienstag nicht gehört, da haben wir es schon mal vertieft, aber gerne noch mal die Antwort.

Alexander Kekulé

Ja, es ist tatsächlich so, dass es die Theorie gibt, dass eine kleine Dosis von Virus immunisierend wirken könnte. Man muss nur sagen, aus aktuellem Stand ist natürlich die Frage, was man früher immer so infektiöse Dosis genannt hat? Das ist im Grunde genommen ein Konzept, was heutzutage nicht mehr so funktioniert. Weil, klar, man kann ganz wenig Viren nehmen, die funktionieren dann vielleicht nicht. Die führen nicht zu einer Infektion, vor allem, weil Viren die Eigenschaft haben, dass sie oft kaputt sind; die sind mutiert. Da sind ganz viele Partikel so, dass die eigentlich von vornherein nicht ansteckend sein können. Und deshalb braucht man eine gewisse Menge, damit eben die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass einer davon wenigstens funktioniert, also eine Infektion in Gang bringen kann. Und dann ist aber die Immunantwort ja durchaus mehrstufig. Also die allererste Stufe ist einfach, dass die Haut, auch die Schleimhaut, eine mechanische Barriere bildet. Da kommt das Virus nicht unbedingt rein, erstmal. Und wenn es irgendwo reinkommt, dann gibt es Substanzen, die schon in der Oberfläche drinnen sind, im Speichel zum Beispiel, die solche Viren inaktivieren oder zersetzen können. Die gehören dann zum Beispiel zum Komplementsystem des Organismus dazu. Wenn die aktiv werden, sofort, dann baut sich eigentlich in dem Sinn gar keine Immunität auf. Das Gleiche gilt, wenn so ein Virus auf der Schleimhaut sofort aus Versehen einem Antikörper in die Arme läuft. Da gibt es Antikörper, die noch da sind von anderen Infektionen, vielleicht andere Coronavirus-Infektionen, die da auf der Schleimhaut sind. Das sind die sogenannten IgA-Antikörper. Und

wenn so ein Virus von dem gleich weggefangen wird, passiert auch immunologisch nichts. Sodass man jetzt sagen muss, nur wenn die es wirklich zu einer Infektion von einzelnen Zellen in der Schleimhaut kommt, also das Virus sich dann ein bisschen lokal vermehrt, nur dann springt die richtige Immunantwort an, und nur dann kommt es zu dieser Immunisierung. Oder andersherum gesagt: Nicht jeder Kontakt mit dem Virus, auch wenn er harmlos verlaufen ist, führt zur Immunität hinterher.

Camillo Schumann

Deswegen wäre so ein, was er dann auch noch fragt, so ein Antikörpertest, jetzt auch wenig aussagekräftig?

Alexander Kekulé

Also der Antikörpertest würde dann positiv werden, wenn er wirklich eine kleine Infektion hatte, die so war das zumindest in der Schleimhaut an der Stelle, wo das Virus zum ersten Mal eingetroffen ist, es zu einer Vermehrung des Virus gekommen ist. Und dann springt in mehreren Stufen eben die Immunantwort an. Und als Reaktion werden dann Antikörper gebildet, die man zumindest eine Zeitlang, ich sag mal mindestens zwei Monate lang oder so, im Blut nachweisen kann.

09:40

Camillo Schumann

Frau S. hat gemailt. Sie beschäftigt eine Frage seit der Demo am 29. August in Berlin. Sie schreibt:

„Da wurden am Rande der Demo Menschen interviewt, und eine Dame hat so ähnlich geantwortet: Ach, was soll das mit dem Virus? Ist doch alles nicht so schlimm. Unser ganzer Körper ist voll mit Viren.“

Nun weiß ich, dass unser Körper mit Bakterien besiedelt ist und wir die auch brauchen. Aber es ist tatsächlich so, dass wir voll Viren sind. Vielen Dank für die Antwort. Bleiben Sie gesund, Frau S.“

Alexander Kekulé

Also bei den Bakterien ist es wirklich so. Wir haben also Kiloweise Bakterien dabei, sowohl im damals auch auf der Haut leben die. Und wir brauchen die, das ist richtig. Und massen-

mäßig sind die Viren natürlich damit überhaupt nicht zu vergleichen, weil die ja viel, viel kleiner sind. Zahlenmäßig ist es sicherlich so, dass wir eine ganze Menge von Viren im Körper haben – vor allem deshalb, weil wir die genetische Information von Viren in unserem Genom haben, also in unserer Erbinformation. In der Zelle ist die genetische Information von Viren noch enthalten, die unsere Vorfahren vor Tausenden, Zehntausenden und Millionen von Jahren infiziert haben. Das heißt, ein Großteil unseres Genoms, der menschlichen Erbinformation, ist so eine Art Müll, der übrig geblieben ist von alten Virusinfekten. So gesehen stimmt es, dass wir auch ständig Virusreste in uns rumschleppen. Wir wissen auch – das ist so ein Konzept, was eigentlich gar nicht so alt ist – dass viele Virusinfektionen in dem Sinn gar nicht ausheilen. Man hat eine Weile gedacht, es sei so, dass man so ein Virus hat, so wie Masern oder so Kinderkrankheit. Und dann ist es vorbei. Das Virus ist weg, die Krankheit ist weg. Natürlich hat das Immunsystem das Virus besiegt, hat man gedacht, und das Virus ist verschwunden. Bis man solche Methoden hatte, die so superempfindlich sind, wie eben diese PCR, dass die einzelne Viruspartikel oder sogar Teile davon nachweisen können. Da ist es eben so, dass man gefunden hat: Hoppla, bei Menschen, die, die vor Jahrzehnten Masern hatten, ist das Virus immer noch in manchen Fällen vorhanden. Oder bei jemand, der eine Leberentzündung (Hepatitis) hatte, sind die Hepatitis-Viren noch in der Leber, obwohl der längst wieder gesund ist. Und deshalb glauben wir inzwischen, dass bei vielen Virusinfektionen eigentlich das Virus nur verschwunden ist. Dass es sich irgendwo versteckt im Körper und es wird vom Immunsystem in Schach gehalten und kann deshalb nicht mehr raus. Sodass es eine Art Balance gibt zwischen dem Virus, was da eingesperrt ist, und den Wachhunden, die draußen aufpassen, dass es nicht zu einem erneuten Ausbruch kommt. Das ist bei viel mehr Virusinfektionen der Fall, als wir früher gedacht haben. Das heißt vielleicht schleppen wir die einen oder anderen Viren, die zum Beispiel bei einer Impfung im Kindesalter uns beigebracht wurden, nach wie vor irgendwo mit und rum.

12:27

Camillo Schumann

Also mit anderen Worten: Dieses Argument der Körper ist voller Viren, stimmt zum Teil. Und Frau S. wollte jetzt sicherlich wissen, ob dann diese Aussage auch stimmt, „naja, wir sind ja voller Viren“, wie diese Dame da bei dieser Demo in Berlin gesagt hat. „Deswegen ist das mit dem Coronavirus alles nicht so schlimm“. Also kann man diese Rechnung so aufmachen?

Alexander Kekulé

Nein, das sind ja lauter Viren, die sozusagen schon inaktiviert sind. Also die haben wir alle unter Kontrolle. Was man bei einer Neuinfektion vom Coronavirus nicht sagen kann. Das ist natürlich ein Riesenunterschied, ob man jetzt die Pfeile betrachtet, die hinter einem schon irgendwo danebengegangen sind oder einen neuen Pfeil, der gerade auf einen zufliegt. Der könnte dann durchaus noch mal treffen.

13:08

Camillo Schumann

Frau S. möchte anonym bleiben. Sie hat geschrieben:

„Ich arbeite in einer Zahnarztpraxis in Bayern, die sich aktuell in einem Corona-Hotspot befindet. Seit ungefähr Mai läuft wieder alles soweit normal mit Lüften, wenig Leuten im Wartezimmer et cetera. Wir führen auch wieder professionelle Zahnreinigung durch. Dazu meine Frage: Bei dieser Behandlung wird normalerweise ein sogenanntes Airflow-Gerät verwendet. Das ist so ein Pulver-Wasser-Gerät, das sozusagen wie ein Sandstrahler funktioniert. Dabei werden natürlich extreme Aerosole freigesetzt, die eigentlich fast bei allen Behandlungen bei uns, die mit Wasser führenden Geräten ausgeführt werden, da sind. Reichen da eine FFP2-Maske und Schild oder sollten wir lieber auf eine FFP3-Maske umsteigen? Eine mit Ventil ist wahrscheinlich nicht so geeignet, weil wir dann damit den Patienten wieder alles ins Gesicht pusten. Ich habe auch schon von Bekannten gehört, die ebenfalls beim Zahnarzt arbeiten, dass die auf der FFP3-Maske noch einen normalen, einfachen Mundschutz davor tragen, um die FFP3-Maske zu schützen. Macht das Sinn? Viele Grüße.“

Alexander Kekulé

Also, erstens, das Airflow-Gerät ist tatsächlich riskant. Das weiß man von anderen Infektionskrankheiten. Da hat es auch bei anderen Viruskrankheiten Ausbrüche in Zahnarztpraxen gegeben. Darum wissen die Zahnärzte normalerweise, zumindest in Deutschland, sehr viel über Hygiene und Mikrobiologie Bescheid. Weil man diese Risiken kennt. Der Unterschied zwischen FFP2 und FFP3 ist wirklich minimal. Also da würde ich sagen das Wichtigste ist, dass die dicht sitzt und dass sie vernünftig getragen wird und konsequent getragen wird. Ob das dann eine FFP2 oder FFP3 ist, finde ich persönlich jetzt nicht so wichtig. Klar, wenn man beides in der Schublade hat, würde man wahrscheinlich eher zur FFP3 greifen in so einer Situation, vor allem dann, wenn man vielleicht vermutet, dass der Patient positiv sein könnte. Das ist ja noch die Frage. Ist es sinnvoll, ein Ausatemventil zu haben? Ich persönlich finde diese Ausatemventile angenehm, muss ich sagen. Wenn man längere Zeit arbeitet und körperlich angestrengt arbeitet, dann ist es einfach ein Unterschied, ob man ein Ausatemventil hat oder nicht – ob man die Ausatemluft quasi konsequent immer aus der Maske rausblasen muss. Das müssen natürlich die Mitarbeiter der Zahnarztpraxis dann selber entscheiden, wie das bei Ihnen funktioniert. Eine Alternative zu dem, was dort gemacht wird, wäre ja, dass man Masken mit Ventil nimmt, vielleicht sogar FFP3 mit Ventil. Und dass man zusätzlich die Mitarbeiter einmal die Woche testet. Dann ist die Gefahr, dass die Patienten infiziert werden, wirklich extrem gering. Und wenn sich Mitarbeiter in Arztpraxen hoffentlich dann auch halbwegs vernünftig verhalten. Dann kann man das durchaus beantworten, dass die ein Ausatemventil haben.

Camillo Schumann

Aber so einfach einen Mundschutz noch über die FFP3 Maske zu stülpen wäre dann ein bisschen zu früh zu übervorsichtig?

Alexander Kekulé

Naja, ich habe nicht den Eindruck, dass das sozusagen als weitere Sicherheitsstufe dort gemacht wird. Sondern, es ist ja in der Tat so, dass diese Masken schnell schmutzig werden durch die Aerosole, dieser Nebel aus dem aus

dem Airflow-Gerät, der da manchmal im Raum steht. Ich schätze, das hat mehr den Grund, dass man die FFP2-Maske schützen will und nicht, dass man einen zusätzlichen Schutz einziehen will. Sonst hätte das keinen Sinn. Also, ich kenne ehrlich gesagt nur eine Situation, vielleicht kann ich das an der Stelle sagen, wo es sinnvoll ist, tatsächlich einen Mundschutz über eine FFP2- oder FFP3-Maske drüber zu ziehen. Sie dürfen einmal raten, welche das sein kann.

Camillo Schumann

Keine Ahnung, tut mir leid.

Alexander Kekulé

Da kommen Sie nie drauf. Wenn Sie heutzutage mit dem Flugzeug und haben ein Ausatemventil, dann sagt die Stewardess – das ist neuerdings bei der Lufthansa auch so, aber American Airlines hat das, glaube ich, zuerst eingeführt – dann sagt die Stewardess: Ausatemventil geht bei uns nicht, Sie brauchen einen Mundschutz. Und sie gibt Ihnen einen normalen Mundschutz in die Hand. Dann müssen Sie Ihre Luxus-Maske ablegen. Und in dieser Situation wäre es möglich, über die Maske mit Ausatemventil den Mundschutz drüber zu ziehen. Dann ist das Personal glücklich, und Sie haben Ihren erhöhten Schutz, den Sie den Sie auch haben wollen, wenn Sie diesen Podcast regelmäßig hören.

Camillo Schumann

Und noch eine Zahnarzt-Frage, die kommt von dieser Dame:

„Hallo, ich habe eine Frage. Ich vermeide ja im Herbst jetzt zum Zahnarzt zu gehen, wenn jetzt die Corona-Zahlen wieder so ansteigen. Aber ich weiß, dass mein Zahnarzt drei Wochen im Urlaub ist. Falls ich zum Zahnarzt müssen, würden Sie das für unangemessen halten, wenn ich ihn ganz direkt frage, wo er im Urlaub war und ob er sich und die Mitarbeitenden getestet hat? Oder finden Sie, dass das einfach zu weit geht? Das würde ich mich einfach mal interessieren, weil ich von einer Zahnarztpraxis weiß, dass die Mitarbeitenden nicht getestet sind.“

Tja, wenn jetzt ein Patient zu ihnen kommt, Herr Kekulé, und fragt: Wo waren Sie im Urlaub?

Alexander Kekulé

Ich würde das immer sagen. Also ich finde, Ärzte sollen mit ihren Patienten ein offenes Verhältnis haben. Und da würde ich jetzt nicht um den heißen Brei reden, sondern einfach fragen. Das kann man ja höflich und geschickt machen. Reden Sie sich auf diesen Podcast raus, sagen sie: „Der Kekulé macht mir so viel Angst vor dem Virus. Jetzt wollte ich doch mal fragen an dieser Stelle“. Das, glaube ich, wird Ihnen kein Arzt übelnehmen.

Camillo Schumann

Eine Dame hat geschrieben, die möchte anonym bleiben, hat folgende Frage:

„Ich bin Risikopatientin, NTX 2019, also Nierentransplantation letztes Jahr. Und ich habe jetzt einen Minijob als Taxi-Begleitung für Kindergartenkinder angenommen, sitze dort im vollbesetzten Bulli mit einer FFP3-Maske, lüfte den Bulli immer da, wo es geht. Die gesamte Fahrzeit beträgt, wenn das letzte Kind abgeholt wird circa zehn Minuten im vollbesetzten Bus. Kann ich dieses Risiko eingehen? Viele Grüße.“

19:02

Alexander Kekulé

Ja, das würde ich eingehen. Das ist eines der Restrisiken, die man im Leben immer hat. Ich finde in einem geschlossenen Raum mit Kindern zusammen, die wahrscheinlich dann keine Maske aufhaben, ist es auf jeden Fall sinnvoll, sich selber zu schützen. Ganz klar und da würde ich Risikopersonen immer empfehlen, eine FFP2- oder FFP3-Maske aufzusetzen. Und wenn die Dame das hier macht, und das auch insbesondere dann richtig sitzt – das ist immer ganz wichtig, dass die Maske dicht ist – dann bestehen da aus meiner Sicht keine Bedenken. Wenn wir anfangen würden, an der Stelle noch Restrisiken sozusagen auch noch zu vermeiden, dann kämen wir den Bereich, wo wir keine Lehrer mehr in die Schule schicken können, wo wir fragen müssen, ob Krankenschwestern einen Beruf haben, der zu gefährlich ist, der nicht mehr zumutbar ist und so weiter und so weiter. Virologen dürften auch nicht mehr

arbeiten. Also es gibt ein gewisses Restrisiko, das hat man einfach im Leben. Und die Wahrscheinlichkeit, dass man beim Verkehrsunfall ums Leben kommt, ist auch nicht gerade null. Sodass ich sagen würde, irgendwo muss man dann aufhören mit der Risikovermeidung.

20:03

Camillo Schumann

Frau R. aus Wiesbaden hat geschrieben:

„Ich habe in diesem Sommer eine Hyposensibilisierung begonnen. Vor und nach jeder Spritze wird bei mir eine Lungenfunktionsprüfung durchgeführt. Dafür muss ich mehrfach tief über ein Mundstück und einen Schlauch an eine Maschine ein- und ausatmen. Das Mundstück wird zwar bei jedem Patienten erneuert, der Schlauch aber nicht. Ich frage mich, ob ich mich über diese Lungenfunktionsprüfung mit Corona anstecken kann. Von jedem Patienten verbleiben sicherlich Aerosole, Tröpfchen, gegebenenfalls mit Viren im Schlauch beziehungsweise im Gerät. Die Lungenfunktionsprüfungen werden in dieser Praxis wie am Fließband durchgeführt. Wie schätzen Sie dieses Risiko ein? Viele Grüße.“

Alexander Kekulé

Darüber haben sich natürlich schon viele Leute Gedanken gemacht, weil das häufig Asthmatiker sind, die so eine „LuFu“ machen müssen und deshalb sind die Geräte, wenn sie richtig bedient und gewartet werden, sicher. Das ist ganz klar, weil, es gibt ja ganz viele Infektionskrankheiten, die über die Atemwege übertragen werden. Stellen Sie sich vor, man holt sich da die Masern oder die Influenza oder Ähnliches. Das ist, wenn das richtig vernünftig gemacht wird, ist das Gerät sicher. Aber ich würde der Patientin empfehlen, sich von dem technischen Assistenten oder der technischen Assistentin, die dieses Gerät bedient, einfach mal erklären zu lassen, welche Filter da drinnen sind und warum man sich dann nicht infizieren kann.

Camillo Schumann

Das war das Kekulé's Corona-Kompass Hörerfragen-SPEZIAL.

Vielen Dank, Herr Kekulé. Wir hören uns dann am Dienstag wieder. Bis dahin, bleiben Sie gesund.

Alexander Kekulé

Bis dahin, Sie auch, Herr Schumann. Ihnen ein schönes Wochenende.

Camillo Schumann

Sie haben auch eine Frage an Professor Kekulé, schreiben Sie an: mdraktuell-podcast@mdr.de. Oder rufen Sie uns an unter 0800 322 00.

MDR Aktuell: „Kekulé's Corona-Kompass“
