

## MDR Aktuell – Kekulé's Corona-Kompass

Donnerstag, 28. Oktober 2021  
#236

**Camillo Schumann, Moderator**

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

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

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

### Links zur Sendung:

Wochenbericht Robert-Koch-Institut  
(21.10.2021)

[Wöchentlicher Lagebericht zu COVID-19  
\(rki.de\)](#)

Langzeitimmunogenität der BNT162b2-Impfung bei älteren Menschen und jüngeren Beschäftigten im Gesundheitswesen (20.10.)

Studie: [Long-term immunogenicity of BNT162b2 vaccination in older people and younger health-care workers - The Lancet Respiratory Medicine](#)

### Donnerstag, 28. Oktober 2021

- Die epidemische Lage von nationaler Tragweite soll Ende November auslaufen. Bestimmte Maßnahmen sollen aber in Kraft bleiben. Machen die Pläne der Ampelkoalitionäre den Corona-Winter sicher?
- Dann: Diskussion um Booster-Impfung. Brauchen wir bald alle eine Auffrischung?
- Außerdem: Die US-Arzneimittelbehörde spricht sich für eine BioNTech-Impfung für 5- bis 11-Jährige aus. Wie lautet die Begründung? Und: Sollte Deutschland nachziehen?
- Außerdem: Volle Bars, Züge und Sportveranstaltungen, trotzdem kaum Neuinfektionen. Hat Japan das Virus in den Griff bekommen?
- Und: Wie hoch ist der Anteil der Geimpften an den Neuinfektionen?

### 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

Guten Tag, Herr Schumann.

01:08

### Camillo Schumann

Wir fangen mal mit einer Aussage des stellvertretenden SPD-Fraktionsvorsitzenden im Deutschen Bundestag, Dirk Wiese, an:

*„Fest steht für uns – und das sage ich auch sehr deutlich: Schulschließungen, Lockdowns und Ausgangssperren wird es jedenfalls mit uns nicht mehr geben und sind auch in der aktuellen Situation unverhältnismäßig. Darum werden wir auch den möglichen Zugriff auf entsprechende Anordnungen, die jetzt noch im Gesetz sich befinden, auch streichen. Der 25. November, das sage ich auch, wird aber kein Freedom Day sein.“*

Die Ampelkoalitionäre wollen also die epidemische Lage von nationaler Tragweite nun am 25. November auslaufen lassen. Es soll aber für die Bundesländer eine rechtssichere Übergangslösung bis 20. März für Schutzmaßnahmen geben. Die sollen auch im Infektionsschutzgesetz niedergeschrieben werden. Herr Kekulé, Sie haben ja auch gerade zugehört: Lockdown und Schulschließung ein für alle Mal vom Tisch. Ist das eine gute Idee in dieser Situation?

### Alexander Kekulé

Naja, ich verstehe nicht, warum man sich des Instruments einfach so beraubt. Ich meine, dass man keine Schulschließungen haben will, ist ja klar. Dass man keine Lockdowns haben will, ist ja auch klar. Die Frage ist nur: Muss man das Instrument deswegen abschaffen – das rechtliche – und quasi alles nochmal neu basteln? Ich finde, das ist ehrlich gesagt so eine politische Nebelkerze, die da gestartet wird, weil in der Sache ist es so: Die Länder können natürlich Maßnahmen verhängen. Sie

sind nur dann nicht mehr angekoppelt ans Infektionsschutzgesetz, weil eben hier – um das nochmal zu sagen – das Prinzip gilt: Wenn der Bund kein Gesetz hat, dann dürfen die Länder entscheiden, weil Gesundheit ist im Prinzip Ländersache. Und wenn jetzt also das Bundesgesetz – wie auch immer – z.T. aufgeweicht oder der 28a aus dem Infektionsschutzgesetz möglicherweise gestrichen wird, dann ist eben im Rahmen der verfassungsmäßigen sogenannten konkurrierenden Gesetzgebung wieder das Land in der Lage, Gesetze erlassen zu können. Da können die reinschreiben, was sie wollen im Prinzip, solange das die jeweiligen Landesverfassungsgerichte durchwinken. Also, das ist sozusagen linke Tasche, rechte Tasche in gewisser Weise. Natürlich sind wir alle dafür, dass es keine Schulschließungen gibt und Lock-downs. Und die Voraussetzung dafür ist doch eine ganz andere. Da jetzt sozusagen so in „starker Mann“-Pose zu sagen: Naja, wir ändern jetzt das Gesetz und behindern uns und nehmen uns selbst die Möglichkeit, das zu machen, zumindest vom Bund her. Schön und gut. Aber die Voraussetzungen sind ja epidemiologische. Und um z.B. Schulschließungen zu vermeiden, muss man die Nachverfolgung in den Schulen haben, muss man sicherstellen, dass es keine massiven Ausbrüche in den Schulen gibt. Das ist doch das Instrument. Und wenn ich zugleich höre, dass Nordrhein-Westfalen darüber nachdenkt, die Masken ganz abzuschaffen in den Schulen – und es ist ja auch bekannt, dass z.T. dann eben überhaupt keine Kontakte mehr nachverfolgt werden, also keine Quarantäne mehr angeordnet werden, sondern nur noch der Infizierte selber in der Schule dann zuhause bleiben muss. Das ist dann quasi eine Isolierung formal gesehen. Da wird es mir eher mulmig. Und das sind die Instrumente, die man haben muss. Man muss die Tests weiterhin haben, und man muss das im Blick behalten. Dann wird man Schulschließungen verhindern. Und ob es jetzt sozusagen ein Bundesgesetz gibt dafür oder nicht, das bringt epidemiologisch überhaupt keine Vor- oder Nachteile.

#### **Camillo Schumann**

Die Begründung ist: Die Bundesländer sollen mit den Änderungen des Paragraphen 28a im Infektionsschutzgesetz befähigt werden, „weniger eingriffsintensive“ Corona-Maßnahmen

anzuordnen oder aufrechterhalten zu können. Etwa das Tragen einer Schutzmaske oder die 3G-Regelung. Jetzt haben Sie ja auch schon das Beispiel NRW gebracht: Diffundiert das nicht alles so, die ganzen Maßnahmen, wenn man das jetzt versucht, in dieses Gesetz so reinzuschreiben?

#### **Alexander Kekulé**

Formal gesehen brauchen die Länder dafür keine Ermächtigung o. Ä. vom Bund. Wenn der Bund nichts macht, dürfen die Länder das Gesetz erlassen dafür. Aber das Problem ist nur einfach: Dann sind die Länder jetzt in der Pflicht als nächstes. Kommt natürlich darauf an, was da reingeschrieben werden soll. Aber wenn jetzt der Bund quasi den 28a aus dem Infektionsschutzgesetz streicht – das ist ja das, was die Ampelkoalition sinngemäß ankündigt – dann heißt das, die Länder dürfen also wieder tätig werden. Dann müssen die Länderparlamente Entscheidungen treffen. Und dann hat man den Flickenteppich wie vorher. Alternative: Der 28a wird so umformuliert, dass es irgendwie doch irgendwie alles das Alte ist und die Länder direkt auf dieser Basis Verordnungen erlassen können. Dann weiß ich nicht genau: Was soll der ganze Zinnober? Also, ich persönlich, (...) ich bin natürlich kein Jurist, aber für mich ist es so: Ich finde es schon gut, wenn Dinge, die von den Menschen als einschneidend empfunden werden – und einige sagen ja, diese regelmäßigen Testungen gehen mir auf die Nerven, warum muss ich in der Straßenbahn und in der U-Bahn denn Masken haben? Warum Masken beim Einkaufen? Da gibt es ja schon Menschen – in Deutschland nicht so viel wie vielleicht den USA – aber da gibt es schon welche, die sagen: Jetzt reicht es mir irgendwie langsam damit. Wenn man so eine Grundstimmung hat bei einigen Teilen der Bevölkerung, dann ist es meines Erachtens schon eine gute Sache, wenn der Bundestag als souverän sagt: Wir haben hier eine besondere Lage, nämlich eine nationale Bedrohung sozusagen, Infektionslage, und deshalb erlauben wir das ausnahmsweise. Wenn das jetzt irgendwie quasi in lauter Länderbestimmungen separat gemacht wird, dann weiß ich nicht. Also, mir ist es eigentlich ganz recht, dass es so einen großen Schalter gibt, weil man dann den großen Schalter wieder zurücklegen kann und sagen kann: So, jetzt sind die Einschränkungen

der Grundrechte im weitesten Sinne eben nicht mehr möglich. Und das wird dann auch bundesweit debattiert und diskutiert und ist dann sozusagen eine gesamtgesellschaftliche Entscheidung. Und das ist mir fast lieber, als wenn die Entscheidung über solche Grundrechtseinschränkungen dann so diffundiert, klein gehackt wird. Jedes Land macht was Anderes und man weiß nicht mehr genau: Ist das jetzt wirklich vom Souverän letztlich getragen oder nicht? Ganz abgesehen davon – was Sie natürlich gerade schon angedeutet haben – dass überhaupt nicht klar ist, ob jetzt alle 16 Bundesländer dann quasi mit *copy paste* das gleiche festlegen werden.

#### **Camillo Schumann**

Außerdem haben die Ampelkoalitionäre gesagt, das Ganze, was sie vorhaben, gelte unter Vorbehalt. Wenn beispielsweise neue Mutationen auftauchen, gegen die etwa Impfungen wenig helfen und eine neue Bewertung nötig machen.

#### **Alexander Kekulé**

Ich fand die alte Regelung im Prinzip schon richtig. Wir hatten ja bei der Pandemie Probleme bei der Exekutive. Und das muss man sich nochmal in Erinnerung rufen, dass diese Regelung ja deshalb erlassen wurde, weil die Bundesländer sich alle nicht einigen konnten. Und da hat man eben gesagt: Okay, bevor es so ein Flickenteppich ist und alle paar Wochen die Ministerpräsidenten sich wieder mehr oder minder ergebnislos da in Sitzungen zusammenfinden müssen, gibt es mal eine einheitliche Regelung. Und die hat den Vorteil, dass es natürlich nach oben offen ist, insofern – genau, wie sie sagen – neue Varianten dann nicht erfordern würden, dass man wieder das Gesetz ändert. Und dann rein formal gesehen, ist es doch so: Die epidemische Lage von nationaler Tragweite, also die Pandemielage sozusagen, die ist ja klar definiert auch im Gesetz selber. Und da steht eben drin: Eine Pandemielage ist, wenn ein gefährlicher Erreger in mehreren Bundesländern zugleich tätig wird, gefährlich ist, vor der Tür steht oder vorhanden ist. Und das ist doch nach wie vor vorhanden. An der Voraussetzung hat sich doch rein formal überhaupt nichts geändert. Da müsste man dann auch den Paragraph 5 des Infektionsschutzge-

setzes, wo das mit der epidemischen Lage drinsteht, den müsste man dann auch irgendwie umformulieren und sagen: Ja, also, wenn ein gefährlicher Erreger da ist und mehrere Länder betroffen sind und, ja, irgendwie die Politiker meinen, sie müssen darauf reagieren dann, aber die Definition ist dann sozusagen weg. Weil: Der Erreger ist immer noch da, die Bundesländer sind alle betroffen. Und ich bin da so ein bisschen allergisch auf diese Kleinstaaterei in Deutschland. Infektionskrankheiten sind ja etwas, was im Prinzip richtigerweise bundesweit bekämpft werden muss, eigentlich europaweit. Und dass wir jetzt da wieder zurückfallen in dieses Prinzip, jedes Land macht, was es will, das finde ich eigentlich einen Rückschritt.

#### **Camillo Schumann**

Okay, das ist jetzt rausgekommen unterm Strich: Also, der Politiker staunt, der Virologe wundert sich.

#### **Alexander Kekulé**

Der Politiker applaudiert je nach Partei und der Virologe wundert sich. Aber für die, die es nicht verfolgt haben: Es war eben einfach so – das kann man ja im Klartext nennen – dass die FDP und die Grünen schon vor der Wahl immer gesagt haben: Diese pandemische Lage muss irgendwie aufgehoben werden und wahrscheinlich da jetzt so eine Art Kontinuitätsproblem haben. Jetzt sind sie dann voraussichtlich in Kürze da in Amt und Würden und haben so das Gefühl, sie müssen jetzt dieses Wahlversprechen einlösen. Insgesamt ist die Pandemie ja erstaunlicherweise extrem unpolitisch. Also, die ist ja etwas, was nicht vorhanden ist, sozusagen politisch. Es ist weltweit kaum eine Regierung abgewählt worden, weil sie in der Pandemie Fehler gemacht hat. Da hätten ja sonst viele, viele abgewählt werden müssen. Aber selbst bei den beiden, wo das diskutiert wird – in den USA der Donald Trump und in Japan der Abe – es gab ja da viele Gründe, warum die dann gehen mussten. Und man kann jetzt nicht sagen, dass es an der Pandemie lag. Und interessanterweise konnten alle Regierungen auf der Welt in den demokratischen Staaten – fast hätte ich gesagt, so viel Unsinn machen, wie sie wollten, ohne dafür vom Wähler abgestraft zu werden.

10:46

**Camillo Schumann**

Machen wir weiter und kommen zu einem weiteren Top-Thema im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie: Die Auffrischungsimpfung. Herr Kekulé, die Impfdurchbrüche, die nehmen zu, die schweren Verläufe von Geimpften ebenso. Das Robert-Koch-Institut hat im letzten Wochenbericht vom 21. Oktober geschätzt, dass auch die Effektivität der Impfstoffe deutlich zurückgegangen ist. Bei den 18- bis 59-Jährigen ist sie in den letzten vier Wochen von 83 auf 76 % gesunken und bei den über 60-Jährigen von 81 auf 75 %. Wenn man das alles so hört: Sollten wir über eine Auffrischungsimpfung für alle nachdenken, unabhängig vom Alter?

**Alexander Kekulé**

Unabhängig vom Alter meine ich nicht. Das ist eine komplizierte Diskussion. Also, erstens sind natürlich die Impfstoffe gegen Delta weniger wirksam als gegen die ursprünglichen Varianten, gegen Alpha oder den Wuhan-Typ. Und das beobachtet man natürlich mit Sorge. Zweitens ist es so, dass die Hersteller – entgegen ihren ursprünglichen Ankündigungen – keine Updates machen von den Impfstoffen, sondern Geld jetzt verdienen mit den Boostern, mit den Auffrisch-Impfungen, was natürlich aus Sicht der Hersteller zumindest kommerziell gesehen nachvollziehbar ist. Ich meine, da müsste man langsam drüber nachdenken, mehr Druck aufzubauen seitens der Politik, dass die angeblich ja schon in den Regalen liegenden Impfstoffe, die jetzt speziell gegen Delta wirksamer sind und dafür gemacht wurden, dass die auch mal Richtung klinische Testung kommen und dann auch zum Einsatz kommen.

**Camillo Schumann**

Ach, ist das so? Tatsächlich? Gibt es die schon im Regal?

**Alexander Kekulé**

Ja, ja. Das ist so. BioNTech sagt, wir haben es *on the shelf*, wörtlich. Im Regal, sagt BioNTech. Wir haben es im Regal und könnten es jederzeit in die klinische Prüfung bringen. Und bei Moderna ist es so, dass die im Gegensatz zu BioNTech ja schon viel früher gesagt haben, dass sie eigentlich die Strategie verfolgen, neue Impfstoffe – ich habe immer gesagt: 2.0 – rauszubringen. Und auch von Moderna hört

man in der Richtung jetzt gar nichts mehr. Und da meine ich eben, das muss man einfach schon erkennen, dass da – ohne, dass das jetzt ein Vorwurf sein soll. Aber diese großen Firmen sind Aktiengesellschaften, die sind profitorientiert. Ja, das ist ganz normal. Man kann von einem Pharmaunternehmen nicht erwarten, dass die da alles *pro bono* machen und humanitäre Zwecke ausschließlich verfolgen. Sondern: Die wollen Geld verdienen. Ich weiß, dass es immer so Pharmakritiker gibt, die sagen: Ne, so machen die das nicht. Aber das ist einfach die Realität, dass das Firmen sind, die Geld verdienen wollen und müssen. Sonst fliegt der Vorstand raus. Das sind ja die Aktionäre, die dahinterstehen. So funktioniert einfach unsere Welt. Das würde weit führen, jetzt das zu diskutieren. Aber vor dem Hintergrund glaube ich schon, dass die Politik und ihre Beratungsgremien bei den pharmazeutischen Herstellern – also, das wären dann BioNTech und Pfizer und Moderna – schon mal vorsprechen sollten, wie es denn aussieht mit der Delta-Varianten-Impfung, ob man die nicht mal vorantreibt. Weil: Wir sehen eben – das haben Sie gerade gesagt – an den aktuellen Daten, dass bei Delta doch die Wirksamkeit insbesondere für Ältere zu wünschen übriglässt. Und jetzt ist die Frage vor dem ganzen Hintergrund – wir haben, was wir haben, da kann man jetzt lange lamentieren: Was für eine Strategie verfolgt man letztlich? Das ist doch die Frage. Und da ist Folgendes mal grundsätzlich wichtig: Also, die Alten sind so, dass bei ihnen der Impfstoff schlechter wirkt. Ich sag mal, bei Ü-70 ist es ganz eindeutig. Aber die Daten sagen eigentlich, wenn wir jetzt die israelischen Feldstudien, wenn ich mal so sagen darf, *real-world*-Studien mit reinnehmen, dann ist es eigentlich so, dass wir sagen können: Über 60 profitieren die Menschen definitiv von der Booster-Impfung. Heißt: Der Impfstoff ist so, wie er bisher ist, noch nicht wirksam genug. Und jetzt ist die Frage: Was für ein Ziel will man eigentlich erreichen? Geht es darum, zu verhindern, dass viele Menschen sterben? Oder geht es darum, die Pandemie zu beenden durch Herdenimmunität? Und dann sage ich mal: Letzteres ist sowieso ein Hirngespinnst. Was man machen kann, ist, die Sterblichkeit zu reduzieren. Und da ist das Allerwichtigste, na-

türlich erst mal die Alten weiter durchzuimmunisieren. Wir haben in Deutschland auch bei den über 70-Jährigen, wo es jetzt ganz offiziell von der STIKO empfohlen wird – die anderen Risikogruppen lasse ich mal außen vor hier – bei den über 70-Jährigen haben wir eine ganz schlechte Quote der Drittimpfungen. Da müsste man wirklich eine Kampagne machen und dafür sorgen, dass zumindest die mal geimpft werden, weil da bringt es wirklich ganz konkret was. Und wir haben ja Daten, wenn Sie so wollen, gibt es dann diejenigen, wo es nicht richtig funktioniert hat. Das sind, wenn Sie so wollen, die *Non-Responder*. Bei denen muss man diese Booster-Impfung machen, ist eigentlich eine Ergänzung, Erweiterung der Grundimmunisierung. Ich habe es, glaube ich, beim letzten Mal schon gesagt, da ist folgendes Detail wichtig an der Stelle: Wir wissen, dass es Menschen gibt, die gleich nach der Impfung nicht besonders gut reagiert haben. Das könnte man rein theoretisch durch einen Bluttest drei, vier Wochen später feststellen. Bei denen ist es wichtig, diese Booster-Impfung zu machen oder die dritte Impfung. Nennen wir es mal so. Die anderen, die gut reagiert haben – die meistens dann jünger waren – bei denen ist es so, dass sechs Monate der Impfschutz locker hält. Da können Sie auch ein Jahr warten. Oder wahrscheinlich – die aktuellen Modellierungen gehen davon aus, dass man so alle zwei Jahre noch einmal geimpft werden müsste bei denen, wo es erst mal angeschlagen hat. Das heißt, der wichtigere Effekt ist: Hat die Impfung gewirkt? Ja oder nein? Schon gleich ganz am Anfang? Und das ist bei Älteren schlechter. Und nicht so wichtig im Vergleich ist das Absinken – was immer so beschrieben wird – das Absinken der Immunität über die Monate hinweg. Weil: Es ist so, dass in der Tat natürlich die Antikörper abnehmen über die Monate, wenn man da draufschaut. Da gibt es jetzt gerade auch eine aktuelle Studie aus Berlin von dem Leif Erik Sander und seinen Leuten da, der Immunologe. Der hat so eine kleine Kohorte, die er schon länger verfolgt hat. Da haben wir im Podcast auch schon drüber gesprochen. Und der zeigt jetzt auch aktuell nochmal: Je länger man wartet, desto schlechter wird gerade bei älteren Leuten natürlich die Immunantwort bezüglich der neutralisierenden Antikörper, bezüglich der aktivierten T-Zellen dort.

Aber keiner weiß, wie das immunologische Gedächtnis bei diesen Menschen aussieht. Und da ist eben davon auszugehen, dass bei jüngeren Leuten – das sagen alle Daten, auch aus Israel haben wir da Daten zu – dass bei jüngeren Leuten das einfach so ist: Die haben zwar z.T. dann nach sechs Monaten auch keine messbaren Antikörper oder neutralisierenden Antikörper mehr. Aber die haben Gedächtniszellen, die für den Fall, dass sie infiziert werden, sofort anspringen und dann ausreichenden Immunschutz bieten. Bei den Älteren ist es eben so, dass sie das z.T. höchstwahrscheinlich nicht in diesem Maße haben. Gezeigt worden ist es noch nicht. Sodass ich unterm Strich sage: Die richtige Strategie wäre, die Alten konsequent zu boostern. Da, würde ich sagen, könnte man sogar auf 60 Jahre runtergehen bei der aktuellen Datenlage, wenn man die israelischen Daten mit reinnimmt. Und damit ist aber auch gut, also mehr muss man eigentlich nicht machen. Alternative wäre: Allen, die man geimpft hat – vor allem über 60 – nach zwei bis vier Wochen Blut abnehmen und testen, ob die sozusagen reagiert haben und nur die *Non-Responder* boostern. Da ist natürlich die Frage, was aufwendiger ist, was die Patienten lieber haben wollen. Aber ich finde, die zwei Strategien gibt's. Und meines Erachtens wäre es pragmatisch jetzt, wenn die STIKO – ich nehme an, die denken da auch darüber nach – die Empfehlung auf Ü-60 erweitern würde. Aber das Wichtigste ist eben, die Empfehlung auch umsetzen. Es hat ja keinen Sinn, wenn die STIKO sagt, Ü-70 sollen geimpft werden und keiner macht's.

18:34

#### **Camillo Schumann**

Und keiner macht's. Noch ein paar Daten, die das auch ein bisschen unterfüttern, was Sie gerade sagen, nämlich: Der Anteil der Menschen, die mit Covid-19 ins Krankenhaus müssen und geimpft sind. Bei den über 60-Jährigen liegt das bei 42 % und bei den 18 bis 59-Jährigen bei 17 %. Also, das ist schon ziemlich deutlich in dieser Altersklasse.

#### **Alexander Kekulé**

Ja. Es ist auch so, dass bei uns in Deutschland – die eine Zahl habe ich jetzt nur im RKI-Bericht gelesen – dass fast 9 % der über 60-Jährigen, die verstorben sind – also, fast jeder Zehnte,

kann man mal so grob sagen – angeblich vollständig geimpft war. Es gibt noch ein Fragezeichen da drin. Also, ich will die Sache nicht noch komplizierter machen. Aber die Frage ist ja auch immer ein bisschen: Mit was sind die geimpft worden? Wir haben ja in Deutschland immer noch Leute, die haben einmal Johnson&Johnson gekriegt und die gelten immer noch als vollständig geimpft. Ja, die haben ja auch alle noch einen Impfpass. Es gibt auch viele Menschen, die haben zweimal AstraZeneca gekriegt, wo wir auch wissen – inzwischen ist es sozusagen offiziell, inoffiziell war es schon länger klar – dass das ein Impfstoff ist, der gegen Delta nicht so gut schützt, was ein Problem ist, wenn man nur noch Delta hat im Land. Und das war ja lange in der Diskussion. Da gibt es Leute, die dem widersprochen haben. Aber ich glaube, heute ist das einhellige Meinung. Also zweimal AstraZeneca ist vielleicht besser als einmal Johnson & Johnson. Aber beides ist so in dem Bereich, wo man wirklich über Booster nachdenken sollte. Und diese Auswertung, die fehlt mir. Dass man wirklich sagt: Okay, wenn das RKI sagt, ja, die konkrete Zahl heißt, glaube ich, 8,8 % der über 60-Jährigen Verstorbenen waren vollständig geimpft. Ja, wie viele von denen hatten denn Johnson&Johnson? Wie viele von denen hatten AstraZeneca? Ich glaube, das ist eine der vielen Dinge, die der Herr Wieler vom RKI auch gerne wissen würde. Aber diese Daten, die sind halt noch nicht da. Und die müsste man erheben, die müsste man auswerten. Und dann würde man vielleicht sehen: Mensch, bei diesen Impfdurchbrüchen sind ganz viele dabei, die Johnson&Johnson oder AstraZeneca bekommen haben. Oder dieser böse Verdacht, den ich jetzt gerade geäußert habe, stimmt vielleicht gar nicht. Und es ist vielleicht so, dass das quer durch den Gemüsegarten ist. Im letzteren Fall würde man dann allen empfehlen, die Booster-Impfung zu machen, wenn sie über 60 sind.

20:49

### **Camillo Schumann**

Kommen wir zum nächsten Thema in diesem Themenkomplex. Bald laufen ja die Impfcertifikate aus. Die gelten ja nach einer abgeschlossenen Impfserie in Deutschland ein Jahr. Dann fällt der Status geimpft weg und man muss sich erneut impfen. In Israel ist diese Frist nun auf

ein halbes Jahr verkürzt worden. Ihr Kollege Karl Lauterbach hat der Bild-Zeitung gesagt: Das ist die vorläufige Gültigkeit. Wir müssen aber dringend darüber reden, ob das verkürzt werden sollte. Also, das Impfcertifikat in Deutschland möglicherweise auch nur ein halbes Jahr. Wie sehen Sie das? Sollte die Gültigkeit verkürzt werden?

### **Alexander Kekulé**

Nein, also generell ist das nicht sinnvoll. Man muss darüber nachdenken, wenn man es jetzt wissenschaftlich sieht und nicht pragmatisch – die Politik muss ja auch pragmatisch sein, wir können ja nicht so viele Einzelfälle unterscheiden. Wissenschaftlich ist die Frage: Muss jemand, der eine Johnson&Johnson-Impfung hatte – da ist ja die Empfehlung ganz klar – und der ein Impfcertifikat hat, möglicherweise, um das zu verlängern, eine weitere Impfung nachweisen? Da meine ich, rein wissenschaftlich gesehen – ohne jetzt darüber nachzudenken, ob das praktikabel ist – würde ich sagen: Da gibt es Gründe dafür. Ähnliches könnte man sich bei zweimal AstraZeneca vorstellen, zumindest auch bei Älteren. Die Frage ist ja, ob das Zertifikat eines 30-Jährigen genauso lang gültig sein muss wie das eines 70-Jährigen. Ganz ehrlich gesagt: Die Daten sprechen dagegen. Die Daten sprechen dafür, bei den Älteren eben dann doch zu sagen: Sechs Monate war schon – im Sinne von Herrn Lauterbach – großzügig und dann ist Schluss. Aber dass man das jetzt verkürzt, ganz allgemein, halte ich für überhaupt nicht sinnvoll. Da ist in Israel eine andere Situation. Die sind ja sozusagen das Privatlabor von Pfizer und haben quasi im Überfluss den BioNTech/Pfizer-Impfstoff zur Verfügung. Und bei denen ist es so, dass die halt wirklich im großen Stil boostern, in der Hoffnung, damit die Pandemie quasi zu beenden. Das ist ja in Israel letztlich die Strategie, dass man damit eine echte Herdenimmunität erzeugt. Meines Erachtens wird das am Ende nicht funktionieren, auch in Israel nicht. Aber es ist so, dass die das wollen. Und da muss man vielleicht Folgendes noch sagen: Aus Israel gibt es ja dann immer diese Daten, die werden auch viel kolportiert von den Befürwortern – wahrscheinlich, schätze ich, auch die, die sagen, man darf den Impfpass nicht so lange gültig sein lassen. Da gibt es eben Daten

aus Israel – die haben wir hier auch besprochen – dass die Booster-Impfung das Risiko für eine Infektion auf ein Zehntel ungefähr reduziert in den Studien. Also, um Faktor zehn wird sozusagen das Risiko reduziert. Und das Risiko für einen tödlichen Verlauf – oder sehr schweren Verlauf – sogar um Faktor 20 reduziert. Es wird also quasi um 95 % auf 5 % ist dann Faktor 20. Das ist natürlich schon beeindruckend zunächst mal. Aber: Das sind alles Untersuchungen, die relativ kurz nach der Applikation der Booster-Impfung gemacht wurden. Und da wissen wir: Das stimuliert einfach kurzzeitig das Immunsystem durch diese Reaktogenität des Impfstoffs. Da haben sie sozusagen eine verstärkte angeborene Immunantwort. Das Immunsystem ist dann quasi im Alarmzustand, so ähnlich, wie es bei Kindern ja regulär der Fall ist. Und dadurch kriegen Sie einfach weniger Infektionen. Das ist der Effekt, den Sie da in Israel sehen. Keiner weiß, ob das irgendwie zu besserer Antikörper-Antwort nach sechs Monaten wiederum nach der Booster-Impfung führt, sondern es ist einfach nur so ein allgemeiner Kitzler letztlich fürs Immunsystem. Und deshalb bin ich jetzt dagegen, aufgrund dieser Daten einfach hauruck zu sagen, wir boostern jetzt alle. Und das ist aber letztlich die Basis dafür. Und deshalb sage ich: Also, Impfpass auslaufen lassen nach sechs Monaten könnte man darüber nachdenken, bei denen, die Johnson&Johnson bekommen haben oder vielleicht auch AstraZeneca und nicht eine dritte Impfung bekommen haben. Aber bei allen anderen finde ich, sollte man es im Gegenteil verlängern und sagen, das gilt jetzt ein Jahr lang, weil die neuen Daten dafür sprechen, dass bei jüngeren Menschen die Immunität lange anhält. Ganz zu schweigen von den Genesenen. Da ist es ja überhaupt nicht nachvollziehbar, warum die nach sechs Monaten, wenn sie zusätzlich geimpft wurden, dann ihren Impfpass wieder abgeben müssten. Da ist es nicht vertretbar, überhaupt eine Booster-Impfung zu machen. Und weil wir wissen, dass genesen plus geimpft – egal, in welcher Reihenfolge – auf jeden Fall einen besseren Schutz bietet als die Impfung selber. Und die neueren Daten gehen ja eher darauf hin, dass ein Jahr plus X hier reicht. Darum plädiere ich dafür, statt jetzt irgendwie hektisch über die nächste Impfung nachzudenken – was natürlich aus der Sicht

der Politik immer ein einfacher Weg ist: Wir müssen wirklich ganz konsequent jetzt im Herbst dafür sorgen, dass wir 3G plus Nachverfolgung hinkriegen, dass die Lage in den Schulen nicht außer Kontrolle gerät, dass wir keine massiven Ausbrüche durch Großveranstaltungen haben. Und dann werden wir gut durch den Herbst kommen. Vielleicht gehen ja die Fallzahlen demnächst auch wieder runter. Wir haben ja Beispiele in der Welt, in den USA z.B., wo wir jetzt gerade sehen – oder auch in Großbritannien – wo jetzt ganz aktuell die Fallzahlen wieder runtergehen und man sich den Kopf reibt, warum das der Fall ist.

26:00

#### **Camillo Schumann**

Oder in Japan, reden wir auch gleich darüber. Kommen wir vorher noch zu einem weiteren Thema, über das gern heftig und emotional diskutiert wird: Die Corona-Impfung für Kinder und Jugendliche. Die Ständige Impfkommission empfiehlt ja eine Impfung für 12- bis 17-Jährige. Darüber haben wir ausführlich in Ausgabe 210 gesprochen. Und über 40 % in dieser Altersgruppe sind auch schon doppelt geimpft. 1,8 von 4,5 Millionen. Erst einmal ganz kurz: Wie bewerten Sie diese Impfquote? Was kann die jetzt zur Pandemie-Entwicklung beitragen? Kann sie überhaupt was beitragen?

#### **Alexander Kekulé**

Na ja, das ist gut für die Kinder, insofern sie eben dann weniger von Schulschließungen und Quarantänen betroffen sind. Das ist zunächst mal richtig. Der Beitrag zur Bekämpfung der Epidemie ist relativ gering, also zumindest in der jetzigen Phase. Was hier vielmehr wirkt ist die Impfung der Älteren. Also, das ist bisher bei den Infektionsketten zumindest immer so gewesen, dass, wenn man Schulen hat in einem Umfeld, wo die Inzidenz niedrig ist, dann gibt es dort im Grunde genommen auch keine hohen Inzidenzen. Wenn sie aber ein Hochinzidenz-Umfeld haben – das kann auch dadurch zustande kommen, dass sie mit 2G sehr viele Geimpfte haben, die unerkannt Infektionen haben – dann ist es so, dass die Schüler natürlich gefährdet sind. Und deshalb ist es aus Sicht der Schüler – jetzt weniger medizinisch, sondern im Sinne von persönlichen Freiheiten, weniger Restriktionen – eine gute Sache, wenn da viele geimpft sind. Und das beruhigt sicherlich auch

die Eltern. Man kann schon so pauschal sagen, das muss einem schon klar sein: Auch bei einem, was weiß ich, 12-Jährigen ist es so, dass im Zweifelsfall die Impfung – selbst mit dem RNA-Impfstoff, für diejenigen, die da Bedenken haben – weniger Nebenwirkungen hat als die Infektion. Das ist ja immer klar. Und wenn man nun mal in einer Situation ist, dass die Kinder hier dem viralen Sturm mehr oder minder vorläufig ausgesetzt werden – Sie wissen, ich war da nicht so dafür – dann ist es natürlich besser, wenn das Kind geimpft ist, in der Lage, als ungeimpft.

### **Camillo Schumann**

Es ist schon spannend, wie sich so der Kompass verschoben hat. Von eigentlich medizinischen Gründen einer Impfung hin dazu, dass man sagt: Okay, wir lassen unser Kind jetzt impfen, damit es eben nicht zu Hause hocken muss, sondern damit es in die Schule gehen kann.

### **Alexander Kekulé**

Ja, das ist tatsächlich so. Sie sagen spannend. Also, das ist sozusagen aus ethischen Gesichtspunkten schon eine schwierige Frage. Also, impfen gegen den Staat, impfen gegen die Maßnahmen. Ist natürlich schon skurril, aber es ist tatsächlich so, dass die Ständige Impfkommission ja ihre Empfehlung für die 12- bis 17-Jährigen genau damit begründet hat. Wahrscheinlich auch einmalig in der Geschichte, dass man eine Impfung empfiehlt, damit die Kinder weniger Maßnahmen vom Staat ertragen müssen, was natürlich dann wiederum auch zu psychischen und sozialen Problemen bei den Kindern führt. Also, das ist einfach so. Aber gut, so eine Pandemie ist eine Ausnahmesituation. Zumind. im Moment. Schauen wir mal, ab November soll es ja dann keine Ausnahmelage mehr sein, sagen die Politiker. Also, das ist so. Also, die 5- bis 11-Jährigen in USA, die wollen das jetzt da vorantreiben, weil die ganz ähnlich denken. Also, aus meiner Sicht ist es so: Der Politiker steht halt da vorne, ständig sind die Kameras an, irgendwelche Journalisten fragen: Und was machen Sie jetzt gegen die Pandemie? Statt immer zu sagen: Äh, ich weiß jetzt eigentlich auch nichts mehr. Lass uns mal abwarten, was jetzt als Nächstes passiert. Oder wie ich jetzt hier letztlich seit vielen, vielen Monaten schon sage: Wir haben eigentlich einen guten Kurs, lass uns den Kurs halten und

nicht wie jemanden, der auf dem Meer fährt – Sie ahnen es, ich habe selber so einen Führerschein für Boote. Wenn Sie bei jeder Welle anfangen, auszuweichen, dann werden Sie, erstens, wahnsinnig, und zweitens erreichen Sie kein Ziel. Und drittens bringt es auch für die Sicherheit nichts. Sondern: Sie müssen im Grunde genommen einen guten Kurs halten, der eben so ist, dass Sie stabil in eine Richtung fahren. Das muss man optimieren zwischen den Wetterbedingungen einerseits und dem, wo man hin will andererseits. Anstatt da irgendwie so wie ein Lämmerschwanz hin und her zu eiern. Und das können Politiker halt meistens nicht. Dann stehen sie unter Druck und müssen irgendetwas machen. Und dann sagen sie halt: Ja, okay, jetzt impfen wir auch noch die Fünfjährigen. Also, irgendwie habe ich so dieses Gefühl. Ich versuche, mich ja da reinzudenken. Aber rein epidemiologisch – und man sieht es ja auch daran, dass die STIKO relativ, sage ich mal, eine gewisse Trägheit in dieser Sache entwickelt hat, zurecht. Rein epidemiologisch und medizinisch gibt es jetzt keinen Grund, da hektisch die Impf-Indikation zu erweitern.

30:24

### **Camillo Schumann**

Möglicherweise wird sich das alles noch ändern. Für die rund 9 Millionen in Deutschland lebenden Kinder im Alter von null bis elf Jahren steht bisher noch kein zugelassener Impfstoff zur Verfügung. In den USA könnte sich das ändern. Der Impfausschuss der US-Arzneimittelbehörde FDA hat empfohlen, den Impfstoff von BioNTech Pfizer per Notfallzulassung bei 5- bis 11-Jährigen anzuwenden. Die Begründung finde ich spannend: Das Coronavirus sei auch für kleinere Kinder gefährlich, sie würden alles andere als von Covid-19 verschont. In dieser Altersgruppe gab es in den USA 1,9 Millionen Corona-Infektionen, mehr als 8.300 Krankenhauseinweisungen – ein Drittel davon auf Intensivstationen – und rund hundert Todesfälle. Die Frage, die sich mir da aufdrängt, ist: Wieso trifft Corona Kinder in den USA deutlich härter als in Deutschland?

### **Alexander Kekulé**

Erstens ist es gar nicht so deutlich härter. Also, hundert Todesfälle im Alter von fünf bis elf ist natürlich erst mal tragisch. Aber – und da muss



man dort auch das Gleiche wie bei uns sagen: Wenn jemand auf der Intensivstation liegt in diesem Alter und zusätzlich Corona festgestellt wurde – also, wenn der Covid-positiv war – dann gilt der für den Fall, dass er verstirbt, als Corona-Toter erstmal. In Deutschland war es ja so – für die USA kenne ich die Zahlen nicht genau – dass die STIKO festgestellt hat, dass von denen ja überhaupt nur ein Viertel von den ITS-Patienten im Alter von 12 bis 17 eine coronaspezifische Therapie bekommen hat. Also, wenn jemand gar keinen Sauerstoff z.B. bekommen hat, dann kann man sozusagen aus der Krankenakte schon erraten: Der ist wegen etwas Anderem letztlich behandelt worden, hat aber im Rahmen des Aufnahme-Screenings einen positiven Corona-Test gehabt. Und je höher der Infektionsdruck ist – also, je höher quasi die Inzidenz in einer Region ist – desto mehr Patienten haben sie natürlich, die dann, ich sage mal, zufällig auch Corona haben, wenn sie auf der Intensivstation liegen. Und auch Corona hatten, wenn sie verstorben sind. Diesen Effekt gibt es in den USA auch. Obwohl, da habe ich jetzt keine Zahlen, wie das dort quantitativ ist. Weil: Bei uns hat es die STIKO gemeinsam mit den Kinderärzten durch so eine besondere Erhebung, die die mal gemacht haben, geschätzt. Für die USA gibt es solche Schätzer, so konkrete Schätzer, nicht. Aber es ist in der Tat so, dass man davon ausgehen muss, dass das jetzt nicht unbedingt diese Zahl ist. Zweitens muss man diese hundert Toten natürlich im Verhältnis – oder fast 100 Toten – im Verhältnis sehen zu den Toten in den USA insgesamt. In einem Land, wo aktuell etwa 740.000 Corona-Tote registriert wurden, sind 100 im Alter von fünf bis elf eine relativ kleine Zahl, so brutal das klingt. Also, erstens: Nicht alle sind wirklich an Corona gestorben, wahrscheinlich nur ein gewisser Anteil. Zweitens: Es ist insgesamt nicht so viel im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Und drittens – das ist eben auch nochmal wichtig: Wir haben in den USA einfach sehr viele Kinder auch in diesem Alter, die Grunderkrankungen haben. Dazu zählt ja vor allem Übergewichtigkeit und ein sogenanntes metabolisches Syndrom oder ein schlecht eingestellter Diabetes. Die Gesundheitsversorgung – und das sieht man auch an diesen Zahlen in den USA dann immer wieder – von bestimmten Bevölkerungsgruppen ist miserabel.

Das können wir uns im Deutschland gar nicht vorstellen. Diejenigen, die dort manchmal sind, wissen das. Und es ist deshalb kein Wunder, dass z.B. die Sterblichkeit an Corona für schwarze und hispanische oder native Amerikaner wesentlich höher ist. Faktor drei ist die Sterblichkeit höher als für die Weißen. Und daran sehen Sie schon: Die haben ja kein Gen, dass sie eher an Corona sterben, sondern hier sehen Sie, dass eben medizinische, soziale Faktoren hier eine Riesenrolle spielen. Und deshalb sagt die STIKO auch übrigens zurecht – die vertritt da, glaube ich, die gleiche Auffassung, wie ich sie habe – die sagt ganz zurecht: Man kann die Gesundheitsverhältnisse und die Gefährdung der Kinder – jetzt Alter fünf bis elf – in den USA nicht einfach eins zu eins mit unserer Situation vergleichen. Und die werden dann bei uns die gleiche Überlegung, wie sie bei den 12- bis 16-Jährigen angestellt wurde, nochmal für die 5- bis 11-Jährigen machen. Und da stellt sich natürlich dann noch verschärfter die Frage, ob die Kinder selbst was davon haben. Ja oder Nein?

#### **Camillo Schumann**

Vor den Beratungen dieses FDA-Gremiums wurden die Daten von BioNTech bezüglich Effektivität und Nebenwirkungen für Kinder analysiert. Am Montag kam dann auch noch Moderna mit Studienergebnissen zur Impfeffektivität der Kinder-Impfung um die Ecke. Gab es da Überraschungen im Vergleich zu den etwas älteren Kindern?

#### **Alexander Kekulé**

Also, es gibt Presseerklärungen von Pfizer, die dann angeblich von der FDA bestätigt worden sein sollen, dass die Impfeffektivität bei 91 % liegen soll. Definiert wäre das dann so, dass es sich bezieht auf symptomatische Fälle. Und da muss ich aber sagen: Die *Vaccine Efficiency* – also, das ist eine Meldung von AP, von *Associated Press*, also der großen internationalen Presse-Agentur. Es ist so: Das kann eigentlich nicht so stimmen, weil: Es ist so, dass die Wirksamkeit eines Impfstoffs – wenn man jetzt diese *Vaccine Efficiency*, die wirkliche Wirksamkeit – sich anschaut, die können Sie nur in einer klinischen Phase-III-Studie feststellen, wo Sie als Kontrolle Ungeimpfte haben und das vergleichen mit den Geimpften. So, wie die Zulassungsstudien gemacht wurden. Da brauchen

Sie, um das zu messen, dann schon 30.000-40.000 Probanden und ziemlich viel Zeit. Jetzt weiß ich aber, dass bei BioNTech genauso wie bei Moderna ja jetzt gerade noch im September die Diskussion war, ob die jetzt 2.000 oder 5.000 Probanden haben. Da war es so, dass die FDA gefordert hat, dass die Zahl der Probanden bei diesen Kinderstudien erhöht wird. Wegen der Herzmuskelentzündungen hat man gesagt: Wir wollen da mehr Probanden sehen. Aber es war eigentlich nie die Rede von einer Studie, wo man eine Kontrollgruppe hat, die quasi ungeimpft ist, um eine echte *Vaccine Efficiency* festzustellen. Darum glaube ich ganz ehrlich gesagt, dass es für diese Behauptung, dass da die Wirksamkeit bezüglich Vermeidung von Infektionen bei 91 % liegen würde, keine harten Daten geben kann eigentlich. So eine Studie wäre bemerkt worden und hätte auch länger gedauert. Sondern ich schätze, die haben das einfach hochgerechnet von dem, was ja schon länger bekannt ist. Ich meine, wir haben es auch schon mal besprochen. Nämlich, dass man das sogenannte *Immuno-Bridging* macht. Also, man guckt gar nicht: Wie stark infizieren sich die Kinder? Sondern man gibt ihnen das Medikament – in dem Fall den Impfstoff – und dann, ein paar Wochen später, nimmt man Blut ab und schaut: Wie viele Antikörper haben die gemacht? Wie viele neutralisierende Antikörper? Wie gut ist die T-zelluläre Antwort? Und das vergleicht man mit den Daten, die man von älteren Kindern oder jüngeren Erwachsenen hat. Und da hat man ja dann ungefähr die Werte, die man braucht für eine Schutzfunktion. Also, für einen echten Schutz vor Infektionen. Und sagt: Okay, wenn also z.B. die Antikörper-Antwort – also, der Anstieg der Antikörper – genauso gut oder sogar ein bisschen besser ist als bei der Gruppe, die geschützt war von den älteren jungen Erwachsenen, dann gehen wir davon aus, dass auch die Kinder geschützt sind. Das nennt man dann *Non-Inferiority*-Kriterium. Also, ein Nicht-Untergelegenheits-Kriterium. Und das reicht dann aus, um sozusagen den Schutz festzustellen. Da war es so, bei der Pfizer-Studie mit 2.270 Probanden ungefähr, die haben zweimal zehn Mikrogramm Impfstoff bekommen, im Abstand von drei Wochen. Und da gibt es einen Faktor von 1,04. Also, ganz knappe Überlegenheit sozusagen. Also, bei den Kindern hat es etwas

besser angesprochen als bei den jungen Erwachsenen. Und das heißt letztlich, das gilt dann sozusagen als wirksam. *Immuno-Bridging* heißt: Anhand der Immunwerte schließt man indirekt auf den Immunschutz. Daraus kann man aber keine Effizienz bezüglich der Vermeidung von Infektionen schließen. Und darum war ich über diese Presseerklärung etwas überrascht.

#### **Camillo Schumann**

Eben. Ich jetzt auch, wenn ich Ihnen zuhöre. Das wirkt auf mich so, als würde da etwas passend gemacht, was man passend haben möchte.

#### **Alexander Kekulé**

So weit würde ich nicht gehen. Also, wissen Sie, da sagt irgendjemand in einer Pressekonferenz was und irgendein Journalist schreibt da was ab. Entschuldigung, nichts gegen Ihre Zunft, aber Sie wissen ja nicht, wer da dringesessen hat. Und dann plötzlich steht bei dpa 91 % und übers Internet ist es dann plötzlich verbreitet. Also, auch von Moderna, die ja – haben Sie richtig gesagt – jetzt da natürlich gleich fleißig hinterher sind und sagen: Wir machen aber auch gerade eine Studie. Weil natürlich BioNTech/Pfizer hier ein bisschen die Nase vorne hat im Moment. Auch bei denen ist völlig klar: Die haben ähnliche Daten, sehen auf dem Papier ein bisschen besser aus als die von Pfizer. Aber die haben genauso nur dieses *Immuno-Bridging* gemacht. Die haben ein paar mehr Probanden gehabt, 4.700 und ein bisschen mehr und hatten im Vergleich zu den jungen Erwachsenen einen Faktor 1,5. Das heißt also, die Antikörper waren 50 % mehr vorhanden statistisch als bei jungen Erwachsenen, über 20-Jährigen, in dieser ganz jungen Altersgruppe. Und daraus schließen sie indirekt: Okay, also auch unser Impfstoff ist wohl wirksam. Hier kommt es ja überhaupt nicht auf die Wirksamkeit an. Keiner zweifelt, dass beim 5- bis 11-Jährigen – selbst, wenn Sie eine geringere Dosis geben, was ja hier zum Glück endlich gemacht wird – dass da irgendwie ein Immunschutz entsteht. Das ist doch völlig klar. Warum soll der nicht entstehen plötzlich? Wir haben dieses Problem des sich entwickelnden Immunsystems, was nicht so, sage ich mal, nicht so gut anspricht auf Impfungen. Also, bis zum Schulalter ist es definitiv weg. Also, ab

fünf Jahren kann man sagen, ist das Immunsystem nicht mehr so, dass es Probleme hätte, anzuspringen auf irgendwelche Impfungen. Das ist eher bei jüngeren Kindern dann der Fall. Nein, hier geht es eigentlich nur um die Nebenwirkungen. Und darüber ist ja überhaupt nichts gesagt worden. Da heißt es nur bei BioNTech und bei Moderna, bei beiden heißt es: Das wurde generell gut toleriert und die Nebenwirkungsquote war vergleichbar mit den jüngeren Erwachsenen. Fertig. Und das ist ja das, was die Leute eigentlich interessiert. Wenn sie da impfen, kriegen die Kinder dann häufiger einen dicken Arm? Wie ist es mit der Reaktogenität? Müssen sie dann drei Tage aus der Schule bleiben oder zwei Wochen nicht zum Sportunterricht? Ich glaube, diese Sachen, die sind dann relevant. Und die Daten, die gibt es noch nicht. Die sind noch nicht auf dem Tisch.

41:23

#### **Camillo Schumann**

Sollten alle Behörden in den USA grünes Licht geben, dann soll ab November mit der Impfung der 5- bis 11-Jährigen begonnen werden. In Deutschland wird das Ganze noch eine Weile dauern. Thomas Mertens, Vorsitzender der STIKO, hat gesagt: Wir haben noch keine Datengrundlage für unsere Bewertung und Empfehlung. Erst einmal sei die Zulassung durch die EMA wichtig. Der Zeitpunkt ist da auch noch offen. Klar sei aber, dass eine solche Studie mit weniger als 3.000 Probanden das Risiko seltener Nebenwirkungen nicht erfassen könne. Wir wollen ja jetzt der STIKO-Entscheidung nicht vorweggreifen, muss ja alles noch zugelassen werden. Aber: Wie bewerten Sie so eine Impfung der 5- bis 11-Jährigen? Machen oder nicht?

#### **Alexander Kekulé**

Also, ich habe auch keine Daten (*lacht*). Woher sollte ich sie haben? Ja, also, es ist so. Also, ich glaube schon, dass die EMA zulassen wird, weil die EMA schaut ja letztlich nur drauf – und es handelt sich ja um eine Notfallzulassung. Sorry, dass ich das nochmal sagen muss. Aber im Rahmen der Notfallzulassung können die schon etwas großzügiger sein. Handelt sich es um etwas, was wir hier machen können oder nicht? Und da wird es sicher so sein, dass die

EMA der FDA folgt. Die eine Frage ist: Ist es zugelassen? Und die andere Frage ist: Ist es für diese Altersgruppe dann auch zu empfehlen, das zu machen? Ich sage mal, es gibt ja viele Krebsmedikamente, die wollen Sie nicht nehmen, wenn Sie gesund sind. Die sind aber zugelassen. Die haben bombastische Nebenwirkungen, sind aber natürlich zugelassen, sonst könnte man sie ja in der Regel gar nicht anwenden. Aber die Frage ist: Für was nimmt man es dann? Also, Zulassung ist relativ großzügig, weil da noch nicht so genau drinsteht, ob man es jetzt machen soll in den einzelnen Ländern. Und die STIKO hat ja ein ganz anderes Problem. Die muss dann überlegen: Das sind völlig gesunde Kinder, um die es hier geht. Sie werden sicher zuerst empfehlen – muss man vielleicht vorwegnehmen – die werden es relativ schnell empfehlen für Kinder mit Risiko. Das wird sicher auch bei uns so sein. Also, wenn Sie jetzt ein stark übergewichtiges Kind z.B. haben oder eins, was irgendwie einen Herzklappenfehler hat oder Ähnliches – und da gibt es ja viele Beispiele: Da gibt es kein Wenn und Aber, dass die Impfung das Richtige ist. Das werden die schnell machen nach der Zulassung. Und dann werden sie sehr gründlich prüfen, erstens: Bringt es für diese Kinder was? Zweitens: Bringt es epidemiologisch was? Epidemiologisch hat die STIKO ja mehrmals gesagt: Impfung der Kinder bringt uns eigentlich nicht voran. Ich kann mir gut vorstellen, dass man, bis das Ganze dann zulassungstechnisch sozusagen auf dem Tisch der STIKO liegt, so weit ist, dass man auch deutlicher sieht, dass man anders auch aus der Pandemie wieder rauskommt. Sie wissen ja, wir haben ja Ende Mai de facto für das Ende der Pandemie erklärt, aus Spaß. Also, da ist dann letztlich die Winterwelle. Ist die Frage, wie die sich weiterentwickelt? Je nachdem wird der Druck auf die STIKO mehr oder minder stark sein, wie beim letzten Mal. Und es ist für die STIKO natürlich dann auch die Frage: Bringt es für diese Kinder in dieser Altersgruppe irgendwas? Und da war es ja letztes Mal so, dass man diese Schwelle nur mit Mühe und Not quasi überschritten hat, indem man gesagt hat: Wir rechnen bis Mitte Oktober – in Klammern: Das war vor einer Woche – wir rechnen bis Mitte Oktober mit einer Inzidenz von 500 in Deutschland. Das ist ja nun nicht eingetreten. Also, diese spektakulär hohe

Fallzahl, wo man dann begründen könnte, dass die 12- bis 17-Jährigen tatsächlich irgendwie davon profitieren – zumindest hat die STIKO das dann so gesehen – das ist ja nicht passiert. Und wenn es jetzt weiterhin nicht passieren sollte, dann ist halt wirklich die Frage: Wie begründen sie dann die Impf-Indikation und die Impfeempfehlung für 5- bis 11-Jährige? Wird man sehen. Also, dem kann ich nicht vorgreifen. Wir wissen ja auch nicht, wie die Daten dann sind. Es steht bei dieser Altersgruppe – muss man vielleicht auch nochmal sagen – noch etwas ganz Anderes so ein bisschen mit im Raum. Das ist dieses MIS-C. Also, dieses sehr, sehr seltene Phänomen, dass Kinder einige Wochen nach der Covid-Infektion z.T. so eine immunologische Katastrophe erleben. Das ist so ein bisschen ähnlich wie das Kawasaki-Syndrom. Ich glaube, wir haben das damals hier im Podcast als erste besprochen, dass es diesen Zusammenhang gibt. Und dieses MIS-C – das ist ja nach wie vor im Raum – das kommt extrem selten vor, aber da wird man dann überlegen, ob das möglicherweise durch die Impfung verhindert werden kann. Das ist gar nicht klar. Kann auch sein, dass Geimpfte, wenn sie dann infiziert werden – trotzdem MIS-C kriegen. Also, ein Schutz vor MIS-C durch die Impfung ist in keiner Weise belegt. Und weil das so ein extrem seltenes Ereignis ist, wird man das auch statistisch echt schwer hinkriegen. Das müssen sie dann – Nummer eins – prüfen. Und Nummer zwei müssen sie dann prüfen: Bei so einer extrem seltenen Komplikation, falls überhaupt die Impfung schützen sollte, ist es dann so, dass wir demgegenüber quasi die anderen Schwierigkeiten, die zu erwarten sind – also, dann die Herzmuskelentzündungen z.B. – dass wir dem Gegenüber das vernachlässigen. Also, das wird noch ein langer Weg sein. Und weil das eben so kompliziert ist, weil wir nicht wissen, wie häufig die Herzmuskelentzündung dann wiederum bei 5- bis 11-Jährigen ist: Ist es noch häufiger als bei den 12- bis 17-Jährigen? Bisher sieht es nicht so aus. Bisher sieht es so aus, dass es bei den 12- bis 17-Jährigen häufiger ist. Aber da sind ja auch noch nicht so viele geimpft bisher. Und deshalb schauen wir uns wahrscheinlich dann wieder die Zahlen in den USA an, stellen fest: Wie oft ist die Myokarditis? Bringt es was bezüglich MIS-C? Und wenn die STIKO dann

das sich gründlich anschaut, schätze ich mal, wird es Januar sein, bis sie eine Empfehlung abgeben.

46:59

#### **Camillo Schumann**

Und darüber werden wir berichten hier im Podcast. Herr Kekulé, Deutschland steuert auf die Herbst-Winter-Welle zu. Die Infektionen nehmen spürbar zu, die Inzidenz steigt, die Impfdurchbrüche nehmen zu. Alles irgendwie nicht so optimal. Neidisch schaut man da in andere Länder, die es scheinbar geschafft haben. Japan gehört auch gerade dazu. Ende August gab es da rund 25.000 tägliche Neuinfektionen und aktuell werden rund 300 gemeldet. Und das, obwohl es keine Beschränkungen mehr gibt. Die Pendlerzüge sind voll, die Kneipen, Restaurants wieder offen. Was macht Japan richtig? Oder testen die nicht mehr?

#### **Alexander Kekulé**

Genau, was Sie sagen, vermuten Einige. Also, das ist ja so ein bisschen komisch. Also, da ist ja der letzte Regierungschef abgetreten. Und ja, er hat selber gesundheitliche Gründe angegeben. Aber es wurde auch so gemunkelt, dass er wohl gegangen wurde, weil die japanische Strategie gegen Covid so miserabel war. Also, das ist ja echt schiefgelaufen. Ich sage das vor allem in die Richtung meiner Kollegen nochmal, die immer für Japan Werbung gemacht haben und gesagt haben, wir sollen es ja machen wie die Japaner. Also, dann wäre dann sozusagen in Analogie vielleicht die Bundeskanzlerin quasi deshalb gegangen. Also, ich kann nur sagen: Das ist schiefgelaufen in Japan. Aber trotzdem haben die jetzt aktuell – Sie sagen es richtig – geht die Inzidenz runter. Zum einen: Ja, es wird weniger getestet. Ich glaube, es sind drei Gründe, die letztlich zusammenhängen. Die Japaner haben wirklich in den letzten Wochen, muss man sagen, so dermaßen aufgeholt bei den Impfungen. Die haben massivst geimpft, wo wahrscheinlich auch die Angst der Bevölkerung im Angesicht dieses Versagens der Regierung aus deren Sicht da eine Rolle gespielt hat. Die haben im Moment 70,1 % voll geimpft, das ist jetzt der letzte Stand. Und sind in der Reihe der G7-Staaten auf Platz drei. Also, die meisten Impfungen der Bevölkerung hat immer noch Kanada mit fast 73 % Platz, Platz zwei ist Italien. Und Platz drei

ist eben jetzt aktuell Japan. Und da sind die natürlich ganz stolz darauf. Die haben bei den über 65-Jährigen eine Impfquote von 90,4 % in kürzester Zeit erreicht, weil wahrscheinlich die Leute ein bisschen panisch geworden sind und gesagt haben: Wir müssen jetzt unbedingt was machen. Nochmal zur Erinnerung: Die haben 125 Mio. Bevölkerung. Das ist also bei denen auch nicht einfacher als in Deutschland. Aber irgendwie haben sie es geschafft. Und dadurch ist auch die Sterblichkeit runtergegangen. Das zweite, was ich glaube, was in Japan eine Rolle spielt, ist: Mein Eindruck ist, da gibt es eben – Sie haben es geschildert, die vollen Kneipen usw. – da gibt es eine jüngere Generation, die macht jetzt nicht mehr mit. Dieses asiatische, sich sehr stark sozial zurückzunehmen zum Nutzen der Gemeinschaft, was ja in Japan sehr viel geholfen hat im Rahmen dieser Pandemie. Das funktioniert bei dieser Generation nicht mehr. Die wollen jetzt wieder Party haben. Wer das kennt, wie die Partyszene da in Tokio ist, also, die stehen also dann den deutschen oder europäischen Großstädten wirklich in nichts nach, um es mal ganz vorsichtig zu sagen. Und ich glaube einfach, dass da eine massive Durchseuchung stattgefunden hat jetzt in dieser Welle. Die jungen Leute sind einfach alle durchseucht und kriegen keine Infektionen mehr, weil die durch die sogenannte natürliche Durchseuchung quasi immun geworden sind. Und das dritte ist, dass genau diejenigen, die sozial besonders aktiv sind, die besonders viele Kontakte haben, die keine Lust mehr auf Corona haben, sich nicht an die Maßnahmen halten – bzw. es gibt ja kaum noch Maßnahmen – dass die natürlich auch nicht mehr zum Testen gehen. Und deshalb stimmt alles drei: Weniger Tests, Durchseuchung bestimmter sozial aktiver Gruppen und eben Impfung weiter Teile der Bevölkerung, insbesondere bei den Alten.

#### **Camillo Schumann**

Okay, also kann man jetzt auch die Inzidenz nicht zu ernst nehmen, die man in Japan da sieht?

#### **Alexander Kekulé**

Nicht als Vorbild für uns, nach dem Motto. Klar, wir haben natürlich sowas Ähnliches auch in England. Ja, da ist eine ganz ähnliche Tendenz jetzt so seit einer Woche ungefähr, meine

ich – kann sogar sein, dass es ein bisschen länger ist schon – geht die Inzidenz wieder runter im Vereinigten Königreich. Und da ist es wahrscheinlich auch so. Sie haben die Durchseuchung der sozial aktiven Gruppen, die haben sozusagen alle ihr Corona schon abgekriegt, sofern sie nicht geimpft waren. Und bei den anderen wirkt die Impfung. Sodass es schon sein kann, dass England z.B. im Winter auf einen relativ stabilen Zustand zusteuert. Die waren ja jetzt gerade kurz davor, den sogenannten Plan B zu starten und wieder Gegenmaßnahmen zu ergreifen, bis hin zu Lockdowns usw. Und jetzt ist der Plan B doch im Moment noch in der Schublade. Einige fordern es noch, andere sagen: Lass uns abwarten. In Japan muss man vielleicht – ich weiß, das wird von hier aus immer gesagt, ja, der japanische Weg. Man muss jetzt, bevor man das zu optimistisch im jetzigen Zeitpunkt da Ende Oktober einschätzt: Es muss uns klar sein, dass Japan ja – da ist es ja wärmer als bei uns. Also, wenn Sie jetzt Hokkaido, die Insel da im Norden, ausnehmen, wo man sowieso eigentlich immer nur mit dem Pulli rumrennen kann, ist es ja so, dass auf Honschu, also auf der Hauptinsel, ist es tendenziell wärmer. Da ist der Herbst ja eine sehr schön warme Jahreszeit. Und die südlicheren beiden Inseln – habe vergessen, wie die heißen – da ist es also auch noch wärmer. Und Okinawa, das kenne ich wieder, das ist ja subtropisch, die ganz kleine. Das heißt also, daher ist es so: Die haben später Herbst. Und weil wir jetzt gerade einen Rückgang der Infektionen haben, heißt das noch lange nicht, dass es im Winter bei denen nicht wieder hochgehen würde.

52:42

#### **Camillo Schumann**

Okay, da haben wir mal nach Japan geschaut, als Positivbeispiel, aber mit so ein paar Einschränkungen. Können wir ja ab und zu mal machen hier im Podcast, mal so positive Beispiele angucken. Vielleicht können wir da ja aus Deutschland oder für Deutschland irgendwas lernen. Damit kommen wir zu den Fragen unserer Hörerinnen und Hörer. Herr K. aus Schleiz hat angerufen und folgende Frage:

*„Wieviel Prozent von den neu infizierten Corona-Fällen sind Geimpfte? Und die zweite Frage wäre: Wieviel Prozent von den Geimpften*

*neuen Corona-Fällen müssen in ein Krankenhaus bzw. wieviel Prozent davon sind auf einer Intensivstation?“*

Ziemlich konkrete Frage. Da würde ich mal ganz kurz antworten. Und dann können Sie gerne, Herr Kekulé.

**Alexander Kekulé**

Genau, danke. Sie retten mich, wenn Sie da antworten. Solche Zahlen habe ich nicht im Kopf.

**Camillo Schumann**

Ich habe das RKI einfach mal angefragt, ob denn unter den Neuinfektionen auch rausgerechnet wird, wie viele davon geimpft sind. Und da hat das RKI geantwortet:

*„Das RKI veröffentlicht keine nach Impfstatus stratifizierte Inzidenzen, weil diese zu Verzerrungsanfällig sind. Beispielsweise werden Geimpfte seltener getestet, erst recht, wenn sie keine Symptome haben.“*

Bevor wir auf den Anteil an den Hospitalisierungen kommen: Können Sie diese Begründung erstmal nachvollziehen?

**Alexander Kekulé**

Ja und Nein. Also, erstens, was das RKI da sagt, ist natürlich richtig. Also, wenn man nach Impfstatus unterscheidet, muss man bestimmte Störfaktoren berücksichtigen. Die Frage ist nur: Warum veröffentlicht das RKI das nicht? Sie könnten es ja veröffentlichen und dazusagen, dass man natürlich berücksichtigen muss, dass die Test-Frequenz z.B. eine andere ist. Also, dass auf Anfrage eines Journalisten diese Daten nicht rausgegeben werden – und was die ja sagen, ist letztlich: Wir haben sie, aber wir verraten sie nicht. Das ist der Teil, der mir nicht so gefällt und den ich nicht so verstehe, weil ich finde, ich fordere schon lange so eine Art Begründungskultur im Zusammenhang mit Corona. Wir müssen wirklich den Leuten erklären, warum was wie ist. Und da finde ich es immer besser, die Daten auf den Tisch zu legen. Und dann kann man ja gleich dazu sagen: Passt mal auf, das könnt ihr nicht eins zu eins vergleichen. Also, die sozusagen unter Verschluss zu halten, das gefällt mir nicht.

54:54

**Camillo Schumann**

Und dann schreibt das RKI weiter:

*„Ein wahrscheinlicher Impfdurchbruch ist definiert als symptomatischer COVID-19-Fall. Und diese werden dann auch berichtet. Z.B. im Wochenbericht in Tabelle vier.“*

Und das ist auch so. Das RKI veröffentlicht jede Woche sehr umfangreiche Daten, kann sich auch jeder mal selber zu Gemüte führen. Und da können wir mal ganz kurz reinschauen in den vom 21. Oktober. Der Anteil wahrscheinlicher Impfdurchbrüche an hospitalisierten Covid-19-Fällen in der Kalenderwoche 38 bis 41 im Alter über 60 liegt bei 42 %. Die Zahl ist ja schon mal in dieser Sendung gefallen, um ungefähr ein Gefühl dafür zu bekommen, wie sich das Ganze entwickelt. Dass damit so transparent jetzt umgegangen wird, das ist ja auch noch nicht immer so. Ist eigentlich ein ziemlich guter Fingerzeig.

**Alexander Kekulé**

Das ist gut. Da hatten sie aber die Daten vorher nicht. Also, das wird ja erst jetzt besser erfasst. Und das ist richtig so. Das wird so sein, dass natürlich – das haben wir schon oft gesagt – dass der Anteil derer, die geimpft sind und im Krankenhaus liegen, der wird steigen. Weil einfach der Anteil derer, die geimpft sind, in der Gesamtpopulation steigt. Und deshalb ist das zunächst mal nichts, was einen beunruhigen sollte an der Stelle.

56:06

**Camillo Schumann**

Also, Herr K. aus Schleiz: Schauen Sie sich mal den Wochenbericht des Robert-Koch-Instituts an. Werden wir auch verlinken in der Schriftversion dieses Podcasts. Herr S. hat gemailt, er schreibt:

*„Meine Eltern sind beide mit dem inaktivierten Impfstoff der chinesischen Firma Sinopharm in Bosnien-Herzegowina Anfang Juni dieses Jahres vollständig geimpft worden. Da der zweite Impftermin schon fünf Monate zurückliegt und beide Anfang 70 und Hypertoniker sind, erwägen sie momentan eine Auffrischungsimpfung.“*

Und jetzt möchte der Herr S. wissen:

*„Welche Impfung soll es denn sein? Ein mRNA-Impfstoff? Nur einmal? Oder sollte eine neue Impfsérie begonnen werden? Viele Grüße.“*

### Alexander Kekulé

Also, rein medizinisch würde ein mRNA-Impfstoff hier genügen. Eine Impfung. Es ist in der Tat so, dass der Sinopharm-Impfstoff – insbesondere gegen die Delta-Variante – einfach nicht gut schützt. Also, alle Länder, die den eingeführt haben – das ist ja in Brasilien gemacht worden, ist in den Vereinigten Emiraten gemacht worden, auch in China selber natürlich – da wird überall die dritte Impfung jetzt dringend empfohlen. Und wir wissen, dass eine heterologe Impfung – also, mit einem anderen Impfstoff – auf jeden Fall besser ist. Es ist interessanterweise sogar so, dass, wenn Sie zweimal BioNTech gekriegt haben und dann beim dritten Mal Moderna nehmen oder so, selbst das ist offensichtlich – sagen kleinere Studien natürlich nur bisher – zumindest nicht von Nachteil. Also, wechseln ist hier – anders als in privaten Verhältnissen – ein Vorteil mal grundsätzlich. Und deshalb würde ich empfehlen, Moderna oder BioNTech zu nehmen. Die beiden nehmen sich da nicht viel. Also, für einen Erwachsenen kann man beides nehmen. Moderna ist ein bisschen stärker immunogen. Wenn jemand also jetzt Anfang 70 ist, würde ich eher wahrscheinlich zu Moderna greifen, obwohl es da keine so harten Daten für gibt. Und für jüngere Menschen ist es wahrscheinlich so, wenn sie eher auf die Reaktogenität schauen und sagen: Ich will nicht so viele Nebenwirkungen gleich nach der Impfung haben, da ist wahrscheinlich BioNTech ein bisschen besser. Aber saubere Daten gibt es dafür nicht. Aber so in diese Richtung würde ich nachdenken.

58:12

### Camillo Schumann

Damit sind wir am Ende von Ausgabe 236. Vielen Dank, Herr Kekulé. Wir hören uns dann am Samstag wieder. Dann zu einem Hörerfragen Spezial.

### Alexander Kekulé

Gerne, Herr Schumann. Da freue ich mich schon drauf.

### Camillo Schumann

Sie haben auch eine Frage und wollen was wissen? Dann schreiben Sie uns an [mdraktuell-podcast@mdr.de](mailto:mdraktuell-podcast@mdr.de) oder Sie rufen uns an, das kostet nichts: 0800 300 22 00. Kekulés Corona-Kompass als ausführlicher Podcast unter *Audio*

& Radio auf [mdr.de](http://mdr.de), in der ARD Audiothek, bei YouTube und überall, wo es Podcasts gibt.

MDR Aktuell: „Kekulés Corona-Kompass“