Die Bundesregierung und ihre Berater predigen gebetsmühlenartig: „Wir stehen erst am Anfang der Epidemie.“ Sie tun dies, obwohl seit Wochen ein anhaltender Rückgang bei den gemeldeten Zahlen an Neuansteckungen erkennbar ist. Dieser begann wahrscheinlich bereits vor dem verhängten Lockdown. Für den früheren Vorsitzenden der Europäischen Region des Internationalen Verbands der Epidemiologen, **Ulrich Keil**, zeigt sich hier ein saisontypisches Phänomen. Nach epidemiologischen Studien klingen Coronaviruswellen im April ab. Im Interview mit den NachDenkSeiten meldet er Zweifel an, dass es mit SARS-CoV-2 diesmal ganz anders kommt. Mit ihm sprach **Ralf Wurzbacher**.

Dieser Beitrag ist auch als Audio-Podcast verfügbar.

https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/200504_Coronavirus_Epidemische_Lage_von_nationaler_Tragweite_NDS.mp3

Podcast: Play in new window | Download

Zur Person: Ulrich Keil, Jahrgang 1943, war Direktor des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster, arbeitete über Jahrzehnte als Berater der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und fungierte bis 2002 als Vorsitzender der Europäischen Region der International Epidemiological Association (IEA), des Weltverbands der Epidemiologen.

Herr Keil, die mangelnde Aussagekraft der vom Robert Koch-Institut (RKI) täglich veröffentlichten Fallzahlen der positiv auf das SARS-CoV-2-Virus Getesteten ist auf den NachDenkSeiten wiederholt problematisiert worden (vgl. z. B hier und hier). Nun gehen diese Zahlen seit mehreren Wochen tendenziell nach unten und bewegen sich inzwischen stabil unter dem Niveau von 2.000. Am Samstag zählte das RKI sogar erstmals unter 1.000 Fälle, wobei die fraglichen Neuinfektionen mitunter schon vor zwei Wochen erfolgten. Wie interpretieren Sie als Epidemiologe diesen Verlauf?

Die Entwicklung deckt sich mit den Verlaufsdaten, wie wir sie bereits von den bisher bekannten Coronaviren kennen. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass der Peak, also der Höhepunkt des Infektionsgeschehens, sich über die Monate Januar und Februar erstreckt. Ende März gehen die Zahlen dann schon deutlich zurück und bis Ende April,

Anfang Mai klingt die Ausbreitung des Virus ab. Es ist möglich, dass ein genetisch leicht verändertes Coronavirus im nächsten Herbst oder Winter wieder kommt. Das erleben wir alljährlich auch bei anderen Erregern der Grippe oder grippeähnlicher Erkrankungen.

Wie ist es zu erklären, dass diese Viren, also die bislang bekannten Corona- oder auch Influenzaerreger, irgendwann im Frühjahr einfach abtauchen?

Eine endgültige Antwort auf diese Frage kann die Wissenschaft bis dato nicht geben, aber es gibt natürlich Erklärungsansätze. Es wird angenommen, dass das Immunsystem der Menschen mit den höheren Temperaturen und der intensivierten Sonneneinstrahlung gestärkt wird. Eine Rolle könnte auch die erhöhte UV-Strahlung spielen oder die Tatsache, dass man sich wieder vermehrt im Freien aufhält. Die Verbreitung von Viren wird in abgeschlossenen Räumen begünstigt. Wahrscheinlich ist, dass die Erreger einfach auf mehr Widerstandskraft stoßen, weil sich eine Herdenimmunität gebildet hat und sie deshalb weniger neue Infektionen auslösen können. Wie genau das abläuft, ist bislang nicht erwiesen, wogegen die Saisonalität verschiedener Grippeerreger, darunter Coronaviren, sehr wohl erwiesen ist. Zu nennen ist hier vor allem die Tecumseh-Studie, die schon in den 1960er Jahren durchgeführt wurde und die gezeigt hat, dass Coronaviren immer wieder kommen und gehen und an vielen Grippewellen beteiligt sind.

Es bleibt nur die Frage, ob sich auch SARS-CoV-2 als ein neues und bisher nicht bekanntes Corona-Virus daran hält. Wie schätzen Sie das ein?

Ich vertrete seit langem die Position, dass für die diversen Atemwegserkrankungen im Laufe der saisonalen Grippe ein Cocktail verschiedener Erreger ursächlich ist. Dabei spielen dann Influenza A oder B, Parainfluenza oder eben auch Coronaviren eine Rolle. Allerdings unterliegt der Grad der Beteiligung einem steten Wandel. Auf das Konto von Influenza gehen einmal sehr viele und im nächsten Jahr wieder weniger Erkrankungen. Dafür stoßen dann andere Erreger in diese Lücke. Und genau das erleben wir nach meinem Ermessen in diesem Jahr. Während Influenzainfektionen sich auf einem sehr niedrigen Level bewegen, ist es nun dieses neue Coronavirus, das sich in den Vordergrund gedrängt hat.

Womit aber noch nicht gesagt ist, dass es sich wie seine Verwandten im Frühling einfach aus dem Staub macht.

Natürlich ist dieses Virus neu, also eine Mutation von Vorgängererregern. Aber auch das ist ja völlig üblich und der Grund dafür, dass wir gegen die Influenza jedes Jahr einen neuen Impfstoff entwickeln. Wenn dieser dann trotzdem längst nicht in allen Fällen Wirkung zeigt, dann beweist das ja gerade, dass man es hier mit ständigen Veränderungen zu tun hat und

außerdem immer eine Reihe von Viren involviert ist. Die Herangehensweise des RKI und von Christian Drosten von der Berliner Charité halte ich auch deshalb für verkürzt. Virologen haben häufig eine sehr monokausale Sichtweise, nach dem Motto: Ein Virus – eine Krankheit – eine Todesursache.

Sie meinen also, ähnlich wie das inzwischen eine Reihe anderer Experten postulieren, auch das neue Coronavirus ist nur Teil des saisonalen Grippegeschehens?

Sehen Sie: Das Schillern solcher Viren kommt daher, dass sie sich verändern und damit unberechenbar, unkontrollierbar und bedrohlich erscheinen. Aber das ist ein völlig normales Phänomen, das uns Menschen seit Jahrtausenden beschäftigt und wahrscheinlich der Grund dafür ist, dass es uns noch gibt. Diese Erreger fordern unsere Immunabwehr immer wieder aufs Neue heraus. Allerdings ist dieses Coronavirus nicht gefährlicher und tödlicher als das, was wir von früheren stärkeren Influenzawellen kennen.

Der renommierte Gesundheitswissenschaftler John Ioannidis von der Stanford-University hat zunächst aufgrund der vorhandenen Daten die Letalität für die US-Bevölkerung auf Werte zwischen 0,05 bis 1,0 Prozent geschätzt. In seiner kürzlich veröffentlichten Santa-Clara-Studie in Kalifornien kommt er in dieser bevölkerungsbezogenen Untersuchung auf 0,1 Prozent. In dieselbe Richtung weisen auch die Ergebnisse der Heinsberg-Studie des Virologen Hendrik Streeck, der für den stark betroffenen Ort Gangelt eine Letalität von 0,36 Prozent ermittelte.

Dagegen stehen diese extrem verzerrten Daten des RKI, der Weltgesundheitsorganisation und der Johns-Hopkins-Universität, die primär Hochrisikogruppen testen. Unser Plädoyer ist es deshalb, anhand von repräsentativen Zufallsstichproben in der Bevölkerung zu ermitteln, wie viele Menschen tatsächlich schon Kontakt mit diesem Coronavirus hatten. Ich gehe davon aus, dass man dann Letalitätsraten im Bereich von 0,1 Prozent erhält, wie wir das von der saisonalen Grippe her kennen.

Sie sagten soeben, „unser“ Plädoyer. Wen meinen Sie damit?

Wir sind eine Gruppe von Experten, die die Schweinegrippe vor zehn Jahren aufgearbeitet hat. Dazu gehören unter anderem Mitglieder der AG Gesundheitswesen von Transparency International Deutschland e.V. Wir haben schon beim Fehlalarm der Schweinegrippe 2009/2010 eindringlich auf die Notwendigkeit einer bevölkerungsbezogenen Infektionsepidemiologie auf der Basis von regelmäßigen Zufallsstichprobenuntersuchungen hingewiesen. Ein verlässliches Bild gewinnen wir nur mit diesen institutionalisierten

Zufallsstichprobenuntersuchungen, wie man das etwa vom Mikrozensus kennt. (Vgl. hierzu zwei Papiere aus dem European Journal of Epidemiology von 2011. link.springer.com/article/10.1007/s10654-011-9575-4 & link.springer.com/article/10.1007/s10654-011-9573-6)

Was ist seinerzeit aus Ihrem Appell an die WHO geworden, eine bessere Infrastruktur für die Infektionsepidemiologie aufzubauen?

Bedauerlicherweise hat sich in dieser Hinsicht bis heute nichts getan. Stattdessen flossen die Forschungsgelder in die Grundlagenforschung. Und ein Jahrzehnt später finden wir jetzt dieselbe desolate Datenlage vor, die schon damals zu groben Fehlentscheidungen geführt hat.

Das RKI hat ja inzwischen entsprechende Erhebungen angekündigt, wobei die Ergebnisse erst im Juni vorliegen sollen. Ist das nach Ihren Vorstellungen?

Das kommt reichlich spät, aber immerhin. Das, was das RKI vorhat, 15.000 Personen, die repräsentativ für die deutsche Bevölkerung stehen, mit dem PCR-Test und mittels Serologie zu testen, ist der einzig gangbare Weg, aus dem Datensalat herauszukommen. Diese Zufallsstichprobenuntersuchungen müssen aber in Abständen von zwei bis vier Wochen wiederholt werden, um das virologische Geschehen in der Bevölkerung abschätzen zu können. Und entscheidend wird dann sein, diese Untersuchungen zu verstetigen, so dass wir bei allen künftigen Infektionswellen besser Bescheid wissen über die Gefährlichkeit der Epidemie und Aussagen machen können über den Grad einer vorhandenen oder fehlenden Herdenimmunität. Politiker können so evidenzbasierte Entscheidungen treffen.

Nun hört man aber die Regierung sagen, dass der verordnete Lockdown die einzig richtige Lösung gewesen sei, was sich jetzt mit rückläufigen Infektionszahlen bezahlt mache. Wollen Sie das so einfach in Abrede stellen?

Wissenschaftlich lässt sich das nicht belegen. Es sieht eher so aus, dass der Lockdown in einem Moment erfolgte, als das Virus schon auf dem Rückzug war, nämlich am 18. März. Wenn jetzt jemand sagt, wir hätten die Herdenimmunität wegen der drohenden Belastungen fürs Gesundheitssystem nicht riskiert und deshalb den Lockdown-Weg gewählt, dann ist derjenige in einer falschen Logik gefangen. Das Imperial College in London hat in seinen Modellen anfangs von 40 Millionen Toten weltweit gesprochen und für Deutschland 1,1 Millionen Intensivpatienten prognostiziert.

Dabei hat der dort tonangebende Neil Ferguson schon beim Schweinegrippe-Alarm völlig

danebengelegen. Damals sagte er 30 Millionen Tote voraus und eine Angstkampagne brach los, der man mit einem schon eingelagerten Pandemieimpfstoff zu begegnen plante. Angesichts des harmlosen Verlaufs der Schweinegrippe kamen die in Deutschland eingelagerten Impfstoffdosen und das millionenfach eingelagerte Tamiflu gar nicht zum Einsatz. Weltweit starben nach WHO-Angaben insgesamt 18.000 Menschen, in Deutschland waren es laut RKI 258.

Genauso abwegig waren die Einschätzungen zur Vogelgrippe 2005/2006, aufgrund derer man sogar die Fußballweltmeisterschaft 2006 abblasen wollte. Mein Kollege Ioannidis sprach zuletzt in einem Interview von „astronomischen“ Fehleinschätzungen, die sich als wissenschaftlich unhaltbar erwiesen.(youtube.com/watch?v=d6MZy-2fcBw) Wissenschaftler müssen daher fordern, dass politische Entscheidungen nicht auf Panikmache, sondern auf Evidenz basieren müssen.

Sie sagten anfangs, Corona- und andere Grippeviren verflüchtigten sich irgendwann wie von selbst. Bedeutet das also, dass es dafür gar nicht unbedingt die sogenannte Herdenimmunität, also eine möglichst breite Durchseuchung der Bevölkerung, braucht? Die Rede ist ja immer wieder von 60 Prozent an Immunisierten, die nötig wären, um die Ausbreitung des Virus aufzuhalten.

Dieser Wert 60 Prozent schwirrt überall herum, ist aber nicht überprüft. Der beste Beweis ist ja die schwere Grippeepidemie von 2017/18. Die Statistik zählte damals rund 16 Millionen Erkrankte. Betroffen waren also bloß 20 Prozent der Bevölkerung und trotzdem war die Grippe auf einmal weg. Und das RKI erklärte die Grippesaison dann auch umgehend für beendet, als die Infektionszahlen deutlich zurückgingen. Aber heute ist alles anders.

Jetzt gibt es aber die deutlich schwereren Krisenverläufe mit ungleich mehr Toten in Italien, Spanien und den USA. Besteht für Sie auch da keine Veranlassung, Angst zu haben?

Es geht mir nicht darum, zu verharmlosen. Covid-19 ist eine für bestimmte Risikogruppen gefährliche und mithin tödliche Krankheit. Ich verlange aber, dass evidenzbasiert Wissenschaft betrieben wird, um auf dieser Grundlage angemessene politische Entscheidungen treffen zu können. Dazu gehört, dass man die Erkrankungs- und Todesziffern in den jeweiligen nationalen Kontext stellt und spezifische Einflussfaktoren prüft.

Im Falle Italiens und Spaniens ist an erster Stelle ein kaputtgespartes und schon für die normale Versorgung mangelhaft ausgestattetes Gesundheitssystem zu nennen. Daneben

spielt auch die gegenüber Deutschland drei Jahre höhere Lebenserwartung in diesen Ländern eine Rolle, die die Gruppe der Vulnerablen größer macht. Italien ist nach Japan das Land mit der ältesten Bevölkerung der Welt. Andere Faktoren wie nosokomiale Infektionen, Umweltfaktoren und Panikreaktionen sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Aber rechtfertigt die Versorgungskrise in Italien, dass man auch bei uns einen Lockdown verhängt, wo die Versorgungskapazitäten für alle wesentlich besser sind und daher die Ängste vor dem Zusammenbruch der Versorgung nicht realistisch waren? Ich will in diesem Zusammenhang auch an die Hongkong-Grippe von 1968/1969 erinnern. Das war ein echter Peak, weltweit starben zwischen einer und zwei Millionen Menschen. Die Übersterblichkeit in der damaligen BRD wurde vom Bundesgesundheitsamt, dem Vorgänger des RKI, mit 40.000 beziffert. Niemand kam damals auf die Idee, einen nationalen beziehungsweise globalen Shutdown zu verhängen.

Über laut Johns-Hopkins-University mittlerweile 65.000 Tote allein in den USA können Sie aber doch nicht einfach hinwegsehen?

Man muss auch diese Zahlen ins Verhältnis setzen. In den USA wirken sich bei dieser akuten Krise die riesigen Mängel im Krankenversicherungssystem besonders negativ aus. Viele schwer Erkrankte kommen wegen der hohen zu erwartenden Kosten zu spät oder gar nicht ins Krankenhaus. Nur ein Beispiel zur Einordnung: 2017/18 wurden in den USA bei der saisonalen Grippe 80.000 Tote beklagt. Bei uns waren es 25.000, was bezogen auf einen standardisierten Bevölkerungsnenner eine höhere Rate ergibt.

Das ist ja das Irreführende an den täglich neu erstellten Covid-19-Weltkarten der WHO. Hier fehlt der Bezug zu einem standardisierten Bevölkerungsnenner in den dargestellten Ländern. Stattdessen werden uns „confirmed cases“, das heißt nur Testpositive , präsentiert, auf die dann die mangelhaft kodierten Coronatodesfälle bezogen werden. Dabei bleibt auch unklar, wer „an“ Covid-19 oder „mit“ dem Virus an einer anderen Todesursache verstorben ist.

Sie halten sich bei Ihrer Prognose, dass das Virus über den Sommer verschwinden wird, an Erfahrungswerte aus der Vergangenheit. Warum spielt das in der Gedankenwelt von Herrn Drosten oder RKI-Chef Lothar Wieler offenbar keine Rolle?

Das passt zu dem, was ich Geschichtsvergessenheit nenne. Der Hype um die Schweinegrippe wurde im Senat von Frankreich, im Europaparlament und im Europarat aufgearbeitet. Im Ergebnis blieb stehen, dass das Ganze ein Fehlalarm war, die Letalität bei

0,1 Prozent lag, aber zur Vergeudung riesiger Ressourcen führte. Nicht nur Deutschland hat seinerzeit Abermillionen Dosen des Grippe-Mittels Tamiflu eingelagert, das sich als nicht antiviral wirksam herausstellte. Eine Metaanalyse von 2012 kam zu dem Ergebnis, dass die Substanz das Fortdauern der Symptome um 21 Stunden verkürzte. Ältere Menschen erkrankten nicht, weil sie offensichtlich bereits früher mit dem Erreger der Schweinegrippe, dem H1N1-Influenzavirus, in Kontakt gekommen waren und Immunität besaßen.

Der Begriff Immunität wird in der laufenden Diskussion so gebraucht, dass man spezifische Antikörper gegen diesen spezifischen Erreger aufbauen muss. Wie kommt es dann, dass über 80 Prozent der Infizierten die „Krankheit“ symptomlos oder nur mit milden Symptomen durchmachen?

Immunität bildet sich nicht nur mittels Antikörpern. Es gibt auch eine sogenannte Zellimmunität und viele andere Mechanismen, wie sich der Körper gegen Eindringlinge zur Wehr setzt. Indem wir von Geburt an mit immer neuen, weil ständig mutierten Grippeviren in Kontakt kommen, entwickelt der Körper so eine Art Abwehrgedächtnis. Wenn wir in der Vergangenheit ein bestimmtes Coronavirus erfolgreich bekämpft haben, gelingt uns das bei neueren Varianten wiederum leichter und besser. Ob wir erkranken, ist vor allem auch sozial determiniert. Der berühmte Sozialmediziner Rudolf Virchow hat schon vor weit über hundert Jahren erkannt, dass die Lebenserwartung stark abhängig ist von der sozialen Stellung. Frische Luft und Bewegung sind ebenfalls immens wichtig zur Stärkung der Abwehrkräfte. Deshalb ist es ja so unsinnig, die Schulen geschlossen zu halten, Kinder nicht im Freien spielen zu lassen und alte Menschen in Heimen zu isolieren.

Sie halten die Kontaktsperren für kontraproduktiv?

Ja. Es gibt ja klare Hinweise, dass Kinder kaum an Covid-19 erkranken und zur Ausbildung der Herdenimmunität beitragen können. Ich finde, dass es genügt, Menschen mit Vorerkrankungen, gebrechliche und immungeschwächte Personen über mögliche Gefahren aufzuklären und darüber zu informieren, wie sie sich davor schützen können. Hygieneregeln wie das richtige Händewaschen sind das A und O. Sachliche Aufklärung, worauf gerade die schwedische Regierung gesetzt hat, ist der weitaus bessere Ratgeber als Angst und Panik.

Titelbild: Universität Münster