

Herr Doktor Çelik, wir sprechen regelmäßig über Ihre Arbeit als Oberarzt auf der Isolierstation für Covid-19-Kranke im Klinikum Darmstadt. Wie ist die Lage?

Wir nehmen wie erwartet wieder mehr Patienten mit schweren Verläufen auf und haben diese Woche unseren Covid-Bereich vergrößert. Vorher gab es eine Phase, in der sich Aufnahmen und Entlassungen auf niedrigem Niveau die Waage gehalten haben. Das war für uns ein kleiner Vorgeschmack darauf, wie die Arbeit auf dieser Station in der endemischen Phase in Zukunft aussehen kann. Aber jetzt merkt man, dass die Pandemie noch nicht vorbei ist. Wie erwartet, sind die Patienten jetzt sehr viel jünger, der Altersschnitt unserer Patienten liegt im August bisher bei knapp über 40, das ist ein Riesenunterschied zu einem Altersschnitt von über 70 in den ersten beiden Wellen. Es fällt auch auf, dass sich die soziale Asymmetrie weiter verschärft; anteilig haben noch mehr Patienten auf der Station einen niedrigen sozioökonomischen Status, soweit sich das im Gespräch erfassen lässt. Zur höheren Gefährdung durch Covid-19 an sich kommt bei diesen Menschen jetzt auch noch eine niedrigere Impfquote. Was man ganz klar sieht: Etwa 80 Prozent der Patienten, die im August zu uns kamen, waren ungeimpft.

Warum?

In den meisten Fällen waren es keine Impfgegner aus Prinzip. Man hört eher Sachen wie: „Ich bin organisatorisch noch nicht dazu gekommen“; „ich bin nur zu Hause“; „ich habe gedacht, mit einem guten Immunsystem bin ich geschützt“. Vielen Menschen lagen nicht die richtigen Informationen vor, um Risiko und Nutzen einschätzen zu können. Natürlich ist das eine selektive Wahrnehmung von einer Covid-Station, auf der derzeit vor allem die Ungeimpften mit schweren Symptomen landen. Aber die Menschen, die ich hier betreue, bereuen es bisher alle, dass sie nicht geimpft waren. Das gilt auch für Patienten, die zuvor nicht an das Virus geglaubt haben oder Impfgegner waren.

Sind Gespräche darüber angespannt?

Wir fragen beim Aufnahmegespräch den Impfstatus ab; das ist unter anderem wichtig für die Prognose, wie schwer die Krankheit verlaufen könnte. Dabei merken wir, dass das eine aufgeladene Frage geworden ist – spätestens, wenn ich nach den Gründen frage. Ungeimpften Patienten ist die Frage danach oftmals unangenehm. Ich will damit aber niemanden an den Pranger stellen. Es ist wichtig für uns, zu verstehen, warum die Impfkampagne stockt und welche Sorgen die Menschen dazu haben. Aber niemand muss sich hier rechtfertigen. Die Patienten sind Tage oder sogar Wochen bei uns, da braucht es ein Vertrauensverhältnis und keine Tadelung bei Visite. Leider hat sich die Diskussion um Impfstoffe auf andere Medikamente ausgeweitet; neuerdings müssen wir mit Angehörigen von Covid-Kranken darüber diskutieren, welche Langzeitnebenwirkungen ein potentiell lebensrettendes Akutmedikament haben könnte. Es wird nicht verstanden, dass eine Therapie immer dann empfohlen wird, wenn der Nutzen das Risiko deutlich

Gibt es schon einen Covid-19-Impfstoff, der Kinder unter zwölf Jahren gegeben werden kann?

Nein, noch ist kein Impfstoff für Kinder unter zwölf Jahren entwickelt und zugelassen, aber die gute Nachricht ist: Zumindest die Hersteller BioNTech/Pfizer und Moderna arbeiten mit Hochdruck daran, dass auch die Kleinsten bald durch einen Pils geschützt werden können.

Wann kommt ein zugelassener Impfstoff?

BioNTech/Pfizer wie Moderna haben wohl schon vor Monaten begonnen, Studien auch an jüngeren Kindern durchzuführen – genau genommen bei Kindern im Alter von sechs Monaten bis elf Jahren. Von Pfizer und BioNTech heißt es, sie erwarten, dass die endgültigen Ergebnisse sehr bald, bis September, vorliegen werden. Je nachdem, was diese zeigten, könnte es schon rasch „zu einer Notfallzulassung in den USA oder einer Änderung der bedingten Marktzulassung in der EU“ kommen. Das allerdings gilt nur für Kinder im Alter von zwei bis elf Jahren. Zuverlässige Daten für Kinder unter zwei Jahren wird es voraussichtlich erst Ende des Jahres geben. Von Moderna gibt es bisher keine genauen Zeitangaben, wann mit Daten zu rechnen ist.

Handelt es sich um andere Impfstoffe oder nur andere Dosierungen?

Es handelt sich um dieselben mRNA-Impfstoffe, die auch Erwachsene bekom-

„Wer nicht geimpft ist, bereut es“

Lungenarzt Cihan Çelik über jüngere Patienten auf der Isolierstation, den kommenden Herbst und die Frage: Wie viele Tote dürfen wir zulassen?



Wie sehr wird Long Covid in Zukunft das Gesundheitssystem belasten? Cihan Çelik, im Klinikum Darmstadt Foto Frank Röth

Werden auch die Kleinsten bald vor Corona geschützt?

Für Kinder unter zwölf gibt es noch keine zugelassene Impfung. Dass sich das bald ändern könnte, wissen *Eva Schläfer* und *Lucia Schmidt*.

men; allerdings muss die Dosierung an die Körpergröße und das Immunsystem jüngerer Kinder angepasst werden. Und Kind ist nicht gleich Kind. Deshalb gibt es innerhalb dieser Altersgruppe auch drei verschiedene Aufteilungen (sechs Monate bis zwei Jahre/zwei bis fünf Jahre/fünf bis zwölf Jahre). Rolf Hömke vom Verband Forschender Arzneimittelhersteller sagt: „Die Unternehmen rechnen zuerst – auf Basis von Erfahrungswerten – aus, welche Dosis für Kinder in diesem Altersabschnitt passen könnte. Das heißt, welche Menge ruft eine ausreichende Immunreaktion hervor und verursacht gleichzeitig keine unnötig schweren Nebenwirkungen. Dann werden diese

Dosierung und eine etwas höhere und eine etwas niedrigere mit sehr wenigen Probanden getestet. Nachdem die beste Dosierung ermittelt ist, werden in weiteren Studienphasen damit noch mehr Probanden geimpft.“ Im Fall von BioNTech/Pfizer nehmen an der Studie amerikanische, finnische, spanische und polnische medizinische Einrichtungen teil.

Bekommen Kinder auch zwei Dosen?

Solange keine Daten vorliegen, kann man dazu nicht viel sagen. Aber sehr

wahrscheinlich wird es so kommen. Fast alle Impfstoffe müssen mindestens zweimal gegeben werden, damit sie gut wirken. Das hat mit der Funktionsweise und den Abwehrmechanismen des Immunsystems zu tun.

Warum dauert es so viel länger, eine Impfstoffdosierung für Kinder zu finden?

So viel länger dauert es gar nicht. Man hat nur einfach später damit begonnen, Kinder überhaupt in die Studien aufzunehmen. „Erst dann, wenn für gesunde Erwachsene aussagekräftige Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit eines Impfstoffs vorliegen, beginnt man schrittweise mit den klinischen Prüfungen bei den vulnerablen Gruppen, zuerst bei Jugendlichen und schließlich bei Kindern“, sagt Klaus Cichutek, Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts. Kinder stehen in unserer Gesellschaft unter einem besonderen Schutz und sollen bei medizinischen Maßnahmen so wenigen Belastungen ausgesetzt werden wie möglich. Deshalb muss man mit klinischen Studien bei Kindern sehr vorsichtig sein, so dass diese für Unternehmen deshalb aufwendiger sind. Außerdem braucht man Freiwillige, also Eltern, die ihre Kinder in die Studien einbeziehen lassen. Solche zu finden ist verständlicherweise häufig schwieriger, als wenn Erwachsene nur für sich selbst entscheiden müssen. „Speziell bei der Covid-Impfung kam noch hinzu, dass die amerikanische Arzneimittelbehörde mittlerweile mehr Studienteilnehmer verlangt als ursprünglich, was wiederum die Studiendauer verlängern kann“, sagt Hömke.

überwiegt. Bei einem lebensgefährlichen Verlauf kommen daher auch Medikamente mit mehr möglichen Nebenwirkungen zum Einsatz. Diskussionen darüber sind neu und können uns bei der Behandlung einschränken.

Landen jüngere Patienten auch auf der Intensivstation?

Wir haben im August etwa 30 Patienten versorgt, und es gibt tatsächlich einen kleinen Vorteil in dieser Phase: Die Krankheitslast insgesamt auf der Station ist zurückgegangen. Aber das ist nur ein zweifelhafter Erfolg, weil die Patienten eben deutlich jünger sind. Es sind auch 20- bis 30-Jährige mit schweren Symptomen bei uns, was zuvor sehr selten vorkam. Aber ja: Wir müssen weniger Patienten auf die Intensivstation verlegen, wir haben viel weniger Todesfälle, und die Patienten sprechen besser auf unsere Behandlungsmethoden an. Die Behandlung wird einfacher und dankbarer. Aber das steht und fällt damit, wie viele Patienten es werden. Aktuell kommen wir gut zurecht.

In Hinblick auf Corona-Maßnahmen wird vor allem über die Intensivbetten gesprochen. Müsste man im Herbst nicht eher auf die Belegung der Normalstationen blicken?

Ganz richtig. Es darf nicht vergessen werden, dass die Fokussierung auf die Intensivkapazitäten und auf die Todesfälle aus einer Phase stammt, in der die meisten Patienten älter waren. Konzentriert man sich weiterhin nur auf diese Parameter, blendet man die ganzen schweren Verläufe unter jüngeren Patienten auf der Normalstation aus. Davor kann ich nur warnen. Denn diese Patienten sind auch schwer erkrankt, und sie dürfen nicht vergessen werden, wenn man den Stand der Pandemie im Land darstellen möchte. Und auch die Kapazitäten von Covid-Normalstationen sind begrenzt, da sie immer zulasten anderer Bereiche erweitert werden müssen.

Bleibt die Inzidenz für Sie wichtig?

Zur Steuerung der Corona-Maßnahmen wird sie eine immer kleinere Rolle spielen. Aber als Frühparameter für unsere Planung bleibt sie wichtig. Wir können nicht mit der Hospitalisierungsrate planen – dann sind die Patienten ja schon da. Aber als Gesellschaft brauchen wir einen Plan für die Zeit, in der die Pandemie zu einer Endemie wird. Die Hospitalisierungsrate wird dann der wichtigste Wert werden, um die Krankheitslast durch Covid-19 zu erfassen. Das ist ein Wert mit direkter Bedeutung für Patient und Gesundheitssystem und erfasst im Gegensatz zur Inzidenz nicht die sicherlich noch steigende Zahl an Infektionen von Geimpften und Genesenen, wenn diese sehr leicht verlaufen. An den Werten Hospitalisierungsrate, Intensivquote und Todesrate lässt sich nicht rütteln – wenn die ungebremst nach oben schießen, muss mit entsprechenden Maßnahmen reagiert werden. Ich bin kein Epidemiologe, aber ich halte das für ein Vorgehen, das in der endemischen Phase gut funktionieren würde. Die Inzidenz wird da nicht mehr viel aussagen. Wenn viele geimpfte Menschen einen Infekt der oberen Atemwege durch Covid haben, führt das nicht zu

einer Überbeanspruchung des Gesundheitssystems. Noch nicht klar ist allerdings, welche Rolle der Kampf gegen Long Covid langfristig spielen wird – und wie viele Geimpfte darunter leiden. Auch neue Mutationen können wieder einiges ändern.

In einer Endemie wird sich die Gesellschaft irgendwann mit einer bestimmten Zahl von Covid-Toten abfinden müssen. Wo wird die liegen?

Das weiß ich nicht, aber das wird eine ernste gesellschaftliche Diskussion. Die Zahl der Corona-Toten, die man hin nimmt, wird sich wahrscheinlich an der Influenza orientieren. Ich glaube aber, auch die Zahl der Gripptoten, die wir jährlich in Kauf nehmen, müssen wir noch mal neu überdenken. Meiner Meinung nach war es nie richtig, jedes Jahr Tausende Gripptote zu akzeptieren. Gerade die Lungenärzte haben seit Jahren dazu aufgerufen, dass sich mehr Menschen mit Risikofaktoren gegen Influenza impfen lassen.

Liegen bei Ihnen durchgeimpfte Patienten?

Im August waren 15 Prozent unserer Patienten vollständig geimpft. Sie alle kamen wegen anderer Erkrankungen ins Krankenhaus, die Infektionen wurden zufällig bei Routineabstrichen entdeckt. Wenn sie überhaupt Corona-Symptome haben, passen die eher zu einem Infekt der oberen Atemwege. Die lokale Schleimhautabwehr ist dort auch nach Impfung nicht stark genug, um eine Infektion zuverlässig zu verhindern, insbesondere bei der Delta-Variante. Das Virus kann sich in den oberen Atemwegen festsetzen, schafft es aber nicht, in die Lunge vorzudringen; davor schützt die Impfung sehr zuverlässig. Es kommt nicht zu einem schweren Verlauf, die geimpften Patienten haben eher Schnupfen, Kopfschmerzen, Heiserkeit – wenn überhaupt.

Was erwarten Sie im Herbst?

Ich bin weiter vorsichtig optimistisch, dass wir die Lage hier im Griff haben werden – auch mit einer Station. Es werden mehr Patienten werden, wir werden wieder personell aufrüsten. Wir sind schon wieder im Austausch mit unseren Nachbarkliniken, um uns abzusprechen. Aber ich hoffe, dass anteilig viel weniger Patienten auf die Intensivstation müssen. Hoffentlich begegnen uns nicht noch virulenter Mutationen, und es beginnt bald die endemische Phase, in der wir SARS-CoV-2 in der Klinik wie anderen viralen Erregern begegnen können. Aber noch ist es nicht so weit.

Die Fragen stellte Sebastian Eder.

„LEIB & SEELE“ IM PODCAST



In dieser Woche geht es im Gesundheitspodcast um ADHS im Erwachsenenalter. Sie finden die aktuelle Folge unter www.faz.net/podcasts/f-a-z-gesundheit-der-podcast

Gibt es Kinderärzte, die ohne Zulassung bereits Kinder unter zwölf impfen?

Das ist der Eindruck, wenn man sich unter Freunden und Bekannten umhört. Und auch Jakob Maske, Kinderarzt aus Berlin und Pressesprecher des Bundesverbands der Kinder- und Jugendärzte, sagt: „Wir wissen, dass es offenbar eine Reihe Ärzte gibt, die Kinder unter zwölf Jahren auch jetzt schon impfen und die unglücklich sind, dass sie das Off-Label machen müssen.“ Von „Off-Label-Use“ spricht man, wenn Arzneimittel außerhalb des zugelassenen Anwendungsbereichs oder der zugelassenen Patientengruppe verabreicht werden.

Ist die Gabe von Off-Label-Medikamenten überhaupt legal?

Ja, das ist sie. Es gibt, so erläutert Maske, einige Medikamente, die Kinder Off-Label bekommen, weil keine alternativen Präparate existieren und die Kinder sonst sterben würden. Das betrifft zum Beispiel Herzmedikamente bei schweren Herzfehlern. Maske sagt aber auch: „Das sind natürlich ganz andere Voraussetzungen, die wir bei der Corona-Infektion nicht haben. Schwere Verläufe oder Komplikationen sind bei Kindern ja extrem selten.“

Welche Gründe sprechen gegen eine Impfung ohne Zulassung?

Da die Zulassungsstudie bei BioNTech/Pfizer noch nicht zu Ende geführt ist, kann

man laut Kinderarzt Maske noch nichts zur richtigen Dosis an Impfstoff sagen oder ob Kinder tatsächlich die benötigte Menge an Antikörpern aufbauen, die sie für einen ausreichenden Schutz benötigen. Klaus Cichutek vom Paul-Ehrlich-Institut sagt: „Kinder sind keine kleinen Erwachsenen.“ Daher könnten Vorgaben für die eine Gruppe nicht einfach auf die andere Gruppe übertragen werden. Für Eltern in der Risiko-Nutzen-Abwägung gilt: Das Risiko für junge Kinder, schwer zu erkranken, liegt nahezu bei null.

Wer haftet, wenn nach einer Impfung ohne zugelassenen Impfstoff eine schwere Nebenwirkung auftreten sollte?

Der Arzt, Jörg Heynemann, Fachanwalt für Medizinrecht, weist darauf hin, dass Mediziner auch durch ein ausführliches Aufklärungsgespräch die Haftung nicht an die Eltern abgeben: „Das Risiko liegt beim Arzt – beziehungsweise bei seiner Haftpflichtversicherung.“

Wird es dieses Jahr noch eine STIKO-Empfehlung für die Impfung der unter Zwölfjährigen geben?

Das kann sich Jakob Maske nicht vorstellen: „Eine Datenlage zu bekommen, die eindeutige Antworten erlaubt, ist natürlich schwieriger, je weniger geimpfte Kinder es gibt. Und wenn das Risiko der Erkrankung auch noch immer geringer wird, je jünger die Kinder sind, dann wird die Frage sein, ob es überhaupt eine Empfehlung gibt.“