Tages Die Corona-Krise Thema

„Wir müssen die Ausbreitung verlangsamen“

Der Intensivmediziner Prof. Christoph Bickel vom Koblenzer Bundeswehrzentralkrankenhaus spricht über seine Erfahrungen mit Covid-19

Koblenz. Zu Beginn des Interviews ist Prof. Dr. Christoph Bickel, Direktor der Klinik für innere Medizin im Koblenzer Bundeswehrzentralkrankenhaus, am Telefon kaum zu verstehen. Da fällt ihm auf, dass er noch eine Maske trägt. In der Klinik, sagt der 63-Jährige, gehört der Vollschutz seit Jahren zum Standard. Doch Bickel befürchtet, dass sich Ärzte und Pflegekräfte mit wachsenden Infektionszahlen im privaten Umfeld anstecken. „Wir haben zwar ausreichend Betten und Beatmungsgeräte. Doch der limitierende Faktor in einer Pandemie wird das Personal sein.“ Im Interview mit unserer Zeitung spricht der Intensivmediziner, der im März den ersten Covid-19-Patienten in Rheinland-Pfalz, einen Soldaten aus Heinsberg, behandelte, über seine Erfahrungen mit der Pandemie:

Auf sie kommt es ganz entscheidend an, um die wachsende Zahl der Covid-19-Patienten auf den Intensivstationen behandeln zu können: Intensivpfleger sind allerdings rar gesät und könnten sich angesichts steigender Corona-Zahlen ebenfalls infizieren und dann ausfallen. Foto: dpa

Es gibt Kritiker, die Covid-19 nur für eine Grippe halten. Was sagen Sie diesen Menschen?
Ich kann sehr gut verstehen, wenn Menschen sich Sorgen um ihre Existenz machen. Deshalb müssen wir Lösungen finden, die den Nöten von Gastronomen oder Kulturschaffenden und zugleich dem Infektions- und Gesundheitsschutz gerecht werden. Wenig Verständnis habe ich für Skeptiker oder Zweifler, die infrage stellen, dass Covid-19 eine schwerwiegende Erkrankung ist. Wer wie wir im Krankenhaus erlebt, wie gefährlich diese Krankheit sein kann, der glaubt nicht an solche Verschwörungstheorien. Tatsache ist, dass es sehr schwer vorherzusagen ist, wie die Erkrankung verläuft. Es gibt harmlose, sogar völlig asymptomatische Verläufe. Es gibt aber auch schwere Verläufe, die zu einem fatalen Schaden an der Lunge und sogar zum Tode führen können. In Deutschland sind 3 Prozent der Patienten verstorben. Eine Todeszahl von mehr als 10 000 ist nicht unerheblich. Angesichts der rapide steigenden Infektionszahlen besteht jetzt die große Gefahr, dass wieder verstärkt ältere Menschen erkranken und wir auch wieder deutlich mehr Patienten in den Krankenhäusern haben werden. Schon jetzt steigt die Zahl der Intensivpatienten stark. Es ist zu befürchten, dass es daher auch bald wieder mehr Tote geben wird. Und es gibt auch jüngere Patienten mit sehr schweren Verläufen bis hin zu Todesfällen.

Auch bei Ihnen?
Ja. Das musste ich leider auch erleben, zum Glück nicht sehr oft. Deshalb möchte ich ausdrücklich betonen: Bei Covid-19 handelt es sich um eine sehr ernst zu nehmende Erkrankung, die man auf keinen Fall mit einer Grippe vergleichen kann. Gegen die Influenza haben wir eine wirksame Impfung und Medikamente. Beides steht uns bei Covid-19 bislang nicht in vergleichbarer Form zur Verfügung.

Angezweifelt wird auch immer wieder der PCR-Test. Er führe zu vielen falsch positiven Ergebnissen.
Der PCR-Test ist ein sehr zuverlässiges Verfahren, das wir selbst nutzen. Zwar kommt es zu falsch positiven Ergebnissen. Doch diese Rate ist verschwindend gering. Eine Fehlerquelle entsteht eher, wenn jemand, der nicht ausreichend qualifiziert ist, Abstriche bei Patienten macht. Der Abstrich muss tief aus dem Nasen- oder Rachenbereich kommen. Wenn man den Abstrich nur unterhalb der Zunge nimmt, kann der Test sogar zu einem falsch-negativen Ergebnis führen.

Sie halten also nichts von Eigentestungen, wie sie Politiker fordern?
Nein. Denn einen solchen Abstrich selbst zu machen, ist sehr schwierig. Und wenn dies etwa der Partner oder die Partnerin machen würde, wäre dies sehr risikoreich, weil man sich selbst anstecken könnte, wenn man nicht korrekt vorgeht. Jemand, der einen Abstrich macht, muss Schutzkleidung, Schutzbrille und eine FFP2- oder FFP3-Maske tragen und medizinisch eingewiesen worden sein. Das ist kein Schwangerschaftstest.

Wie viele Covid-19-Patienten hatten Sie seit Anfang März?
Wir hatten während der ersten Welle Ende März/Anfang April teilweise 20 bis 25 Patienten zeitgleich. Das flaute bis Mitte Mai ab. Seit Ferienbeginn Anfang Juli hat die Zahl wieder zugenommen. Aktuell haben wir in Koblenz in den Krankenhäusern insgesamt wieder knapp 50 stationäre Patienten. Es sind noch nicht wieder die Zahlen der ersten Welle – aber weil die Infektionszahlen jetzt deutlich steigen und die Entwicklung erst zeitverzögert in den Kliniken ankommt, besteht die Gefahr, dass wir wieder ähnliche Verhältnisse wie im Frühjahr bekommen.

Können Sie das verkraften?
Man würde natürlich nicht eine Klinik wie das Bundeswehrzentralkrankenhaus maximal füllen, sondern die Last auf alle Häuser verteilen – zumal es ja auch weiterhin andere Notfälle gibt, die wir versorgen müssen. Da ist es sehr hilfreich, dass wir durch das Divi-Intensivregister einen genauen Überblick über die Auslastung der Intensivkapazität der Kliniken haben. Außerdem tauschen sich das Katholische Klinikum Koblenz-Montabaur und das Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein täglich mit dem Bundeswehrzentralkrankenhaus aus, um die Patienten möglichst gut zu verteilen. Welche Kapazitäten wir in den nächsten Monaten genau haben werden, lässt sich aber nicht exakt vorausberechnen. Denn man muss berücksichtigen, dass bei einer Zuspitzung der Infektionslage auch Ärzte und Pflegekräfte erkranken können. Im Krankenhaus selbst arbeiten wir zwar alle unter Vollschutz, aber zu Infektionen kann es natürlich im privaten Umfeld kommen. Wir haben zwar ausreichend Betten und Beatmungsgeräte. Doch der limitierende Faktor in einer Pandemie wird das Personal sein.

Prof. Christoph Bickel

Was ist die größte Gefahr bei einer Covid-19-Erkrankung?
Es gibt Fälle, bei denen Patienten Sauerstoff brauchen oder sogar intubiert werden müssen. Bei diesen Patienten kann es zu einer überschießenden Immunreaktion kommen. Dann ist nicht mehr das Virus selbst der zerstörende Faktor, sondern das Virus hat die körpereigene Immunabwehr so stark angeregt, dass diese über das Ziel hinausschießt und Teile der Lunge zerstört sowie manchmal auch andere Organe wie das Herz oder die Nieren angreift. Ob dies geschieht, ist jedoch oft völlig unvorhersehbar.

Gibt es denn Indizien?
Wir beobachten als wichtigen Parameter genau, wie sich die Sauerstoffpflichtigkeit entwickelt. Im Computertomografen sehen wir sehr gut, wie stark die Lunge angegriffen ist. Hinzu kommen bestimmte Entzündungswerte, die wir im Blut messen können und die bei einer überschießenden Immunreaktion steil in die Höhe gehen.

Es gibt viele Berichte von Patienten, bei denen sich der Krankheitsverlauf in der zweiten Woche plötzlich verschlechtert. Kennen Sie das auch von Ihren Patienten?
Ja. Das ist gar nicht so selten, weil der Infekt anfangs in den oberen Atemwegen sitzt, um sich dann in die unteren Lungenbereiche zu verlagern. Wenn das Virus dort angelangt ist, kommen Patienten oftmals in die Phase der Lungenentzündung, in der sie Sauerstoff brauchen. Komplikationen treten bei Patienten oftmals erst am fünften oder sechsten Tag auf.

Patienten mit schweren Verläufen werden teils stundenlang in eine Bauchlage versetzt. Warum?
Auch wir drehen und wenden solche Patienten, damit andere Lungenabschnitte frei werden. Auf diese Weise sammeln sich Flüssigkeiten in anderen Körperarealen. Und Lungenabschnitte im Rückenbereich werden entlastet. Es gibt sogar Rotationsbetten, in denen Patienten gedreht werden. Diese Therapien wenden wir schon seit Jahren bei schweren Pneumonien an.

Welche Erfahrungen haben Sie mit Medikamenten gesammelt?
Bei Covid-19 handelt es sich noch um eine sehr junge Krankheit. Daher sind unsere Erfahrungen noch begrenzt. Wir wissen durch neue Studien, dass der Einsatz von Hydroxychloroquin keine großen Vorteile für das Überleben von Patienten hat. Bei Remdesivir ist die Studienlage diffus. Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass das Medikament dazu beiträgt, den Krankheitsverlauf ein wenig zu verkürzen. Andere Studien zeigen, dass nur etwas weniger Patienten nach der Gabe von Remdesivir gestorben sind als in jener Gruppe, die nur ein Placebo-Medikament erhalten hat. Das zeigt: Auch dies ist kein Wundermittel. Es gibt derzeit kein Medikament, das wie Antibiotika bei einer normalen Pneumonie eine Heilung von Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit garantiert. Im Gegensatz zu Remdesivir, das eher in der frühen Phase der Erkrankung eingesetzt wird, kommt Dexamethason in einer späteren Phase ins Spiel, wenn es zur überschießenden Immunreaktion des Körpers kommt. Das Medikament hemmt die Entzündungsreaktion.

Gibt es darüber hinaus Ansätze für weitere Medikamente?
Hauptschwerpunkt der Forschung liegt in der Entwicklung von antiviralen Medikamenten und eines Impfstoffes. Und es gibt den Ansatz, die Antikörper von genesenen Covid-19-Patienten zu entnehmen, um sie als Rekonvaleszentenplasma anderen als Medikament zu injizieren. Doch diese Forschung befindet sich noch in den Anfängen.

Was hat Sie in den vergangenen Monaten am meisten überrascht?
Die sehr verschiedenen Krankheitsverläufe. Es gab alte Patienten mit Vorerkrankungen, bei denen wir einen sehr schlechten Verlauf erwartet hatten, die aber überlebt haben. Dann gab es Patienten im Alter von 30 oder 40 Jahren, die kein größeres Risiko zu haben schienen, bei denen es aber zum massiven Krankheitsausbruch kam. Das macht Gespräche mit Angehörigen manchmal sehr schwer. Wir können ihnen nur sagen, dass wir von Tag zu Tag schauen müssen, wie sich die Krankheit entwickelt – trotz aller Routine, die wir haben. Deshalb ist es so wichtig, dass wir durch eine strikte Beachtung der AHA-Regeln Infektionen unbedingt vermeiden.

Hat Sie diese Ungewissheit manchmal an eine Grenze gebracht?
Nein. Aber ich hatte Respekt davor, an eine Grenze zu kommen. Wenn man sich Situationen vorstellt, in denen die Corona-Pandemie ähnlich wie in Italien im Frühjahr auch in Deutschland eskaliert, dann ist das etwas, das man als Mediziner unbedingt vermeiden möchte. Und ich hoffe sehr, dass wir in den nächsten Monaten nicht in diese Lage kommen. Deshalb müssen wir die Ausbreitung der Corona-Infektionen jetzt unbedingt verlangsamen.

Das Gespräch führte **Christian Kunst**

Die Chancen und Grenzen eines schnellen Impfstoffs

Bereits Mitte 2021 könnte das erste Serum gegen Corona an den Start gehen – Doch eine Ansteckung muss das nicht unbedingt verhindern

Weltweit arbeiten Wissenschaftler und Pharmaunternehmen daran, rasch einen Corona-Impfstoff zu entwickeln und auf den Markt zu bringen. Was sonst viele Jahre dauert, soll jetzt binnen Monaten geschehen – „Lightspeed“, „Lichtgeschwindigkeit“, nennt die Mainzer Firma Biontech ihr Impfstoffprojekt, das sie zusammen mit dem US-Pharmariesen Pfizer vorantreibt. Der Wirkstoff ist einer von momentan etwa einem Dutzend Kandidaten in der dritten und letzten Phase der klinischen Prüfung mit Zehntausenden Probanden.

In Europa wurde bisher für zwei Impfstoffkandidaten parallel zur klinischen Prüfung der Zulassungsprozess bei der europäischen Arzneimittelbehörde EMA gestartet. Ob – und wenn ja, wann – diese Impfstoffkandidaten zugelassen werden, bleibt abzuwarten. Viele Wissenschaftler und Pharmaunternehmen rechnen jedenfalls für Ende dieses oder Anfang nächsten Jahres mit ersten Zulassungen. Die Weltgesundheitsorganisation WHO erwartet den Start von Impfungen zur Jahresmitte 2021. Risikogruppen und Beschäftigte im Gesundheitssystem können als Erste mit einer Impfung rechnen.

Klar ist dabei: Die Zulassung eines Impfstoffs wird die Pandemie nicht sofort beenden. Experten weisen darauf hin, dass kein Impfstoff eine 100-prozentige Wirksamkeit erreicht, also nicht jeder Geimpfte zuverlässig vor einer Infektion geschützt sein wird. Das ist nicht ungewöhnlich und auch bei anderen Impfstoffen so. Beim Masernimpfstoff etwa ist die Effektivität mit 95 Prozent relativ hoch. Grippeimpfstoffe haben eine Schutzwirkung zwischen 60 und 70 Prozent. Für die Zulassung der ersten Corona-Impfstoffe hat die US-Zulassungsbehörde FDA eine Wirksamkeit von mindestens 50 Prozent als Ziel vorgegeben, in der EU gibt es noch keine Empfehlung.

„Es ist möglich, dass erste Impfstoffe nicht immer verhindern können, dass es zu einer Ansteckung kommt“, sagt Arne Kroidl, leitender Prüfarzt für Corona-Impfstudien am Tropeninstitut des Klinikums der Universität München. „Allerdings ist ein deutlicher Effekt hinsichtlich klinischer Symptome oder schwerer Verläufe zu erwarten, eine verminderte Viruslast würde zudem eine verminderte Infektiosität wahrscheinlich machen.“ Auch das wäre ein Erfolg.

Experten erwarten, dass für eine wirksame Immunisierung eine Impfdosis nicht ausreicht. Wahrscheinlich wird ein mehrfaches Impfen nötig sein, sagt Prof. Dr. Clemens Wendtner, Chefarzt der Klinik für Infektiologie in der München Klinik Schwabing. Um die Hälfte der Weltbevölkerung zweimal zu impfen, wären knapp acht Milliarden Dosen nötig, rechnet die Vorsitzende der Verbandsgruppe Impfungen Europa, Sue Middleton, vor. Die globale Kapazität liege derzeit aber bei nur etwa fünf Milliarden Dosen pro Jahr – zur Herstellung aller verfügbaren Impfstoffe. Bis große Bevölkerungsteile nach der Freigabe eines Impfstoffes geimpft sind, wird es also dauern.

Um schneller am Markt zu sein, haben viele Hersteller schon mit dem Aufbau der Produktion begonnen. Verträge über den Kauf von Impfdosen mit Ländern oder Staatengruppen sollen das Kostenrisiko mindern. „Ich gehe schon davon aus, dass sich im Winter 2021 ein Großteil der Menschen impfen lassen kann“, sagt Kroidl. Dass so wieder etwas mehr Normalität einkehre, „erscheint durchaus realistisch“.

Eine besondere Herausforderung für die Impfstoffentwickler stellen Ältere dar. Bei ihnen könnte die Impfung weniger gut anschlagen, weil sie ein schwächeres Immunsystem haben als Jüngere. Wahrscheinlich bräuchten Senioren größere Mengen an Impfstoff, sagt Sebastian Ulbert, Abteilungsleiter Immunologie am Fraunhofer-Institut für Zelltherapie und Immunologie in Leipzig. Ungeklärt ist, wie lange ein Impfschutz vorhält. Dass die Immunisierung ein ganzes Leben lang hält, scheint unwahrscheinlich. „Es könnte auch bei einem Covid-19-Impfstoff sein, dass man wie bei der Influenza-Schutzimpfung regelmäßig wieder geimpft werden muss“, sagt Wendtner. „Es ist nicht ungewöhnlich, dass Impfungen nicht jahrelang halten, sondern regelmäßig aufgefrischt werden müssen.“

Sabine Dobel

wibawaru