



Corona: Kommt die 4. Welle?

Die Dritte Welle in Deutschland hat ihren Scheitelpunkt überschritten. Wir haben es wahrscheinlich (bald) geschafft. Die 7-Tage-Inzidenz ist unter 100 Fälle je 100.000 Einwohner pro Woche gefallen. Die Einschränkungen, die wir uns auferlegt haben - insbesondere bei den sozialen Kontakten - zeitigen Wirkung. Die Impfungen haben mittlerweile wohl auch einen dämpfenden Einfluss auf die Pandemie, von der angestrebten „Herden-Immunität“, die vor dem Hintergrund der aktuell dominanten Variante B.1.1.7 die Immunisierung von etwa 80 Prozent der Bevölkerung erfordern wird, sind wir allerdings noch weit entfernt. Und auch wenn das Wetter sich noch nicht so richtig sommerlich präsentiert: Die steigenden Temperaturen erlauben es, mehr Aktivität von drinnen nach draußen zu verlagern und auch das hat einen positiven Einfluss.

Wenn wir es diesmal schaffen, was wir nach der 2. Welle leider nicht hinbekommen haben, nämlich noch ein paar Wochen diszipliniert zu bleiben und erst dann so richtig zu lockern, wenn die Inzidenzwerte unter 10 gefallen sind, dann kann der Sommer kommen. Es wäre schön, wenn uns diesmal der „Jo-Jo-Effekt“ keinen Strich durch diese Rechnung machte. Und ja, es ist schon überraschend, wie schnell wir die dritte Welle abgeflacht haben.

Übertriebene Warnungen?

Also war das alles gar nicht so schlimm? Waren die Warnungen am Ende doch übertrieben? Nein, wir haben nicht übertrieben, die Gefahr war absolut real. Die Sorge vor einer Erschöpfung der Intensivkapazitäten in den Kliniken hatte einen mit harten Fakten belegbaren Hintergrund. Es war weder Schwarzmalerei noch Kaffeesatzleserei. Jetzt, wo es besser zu werden scheint, sind alle, die auf den Intensivstationen arbeiten, allen jenen dankbar, die sich einsichtig gezeigt und sich vorsichtig verhalten haben.

Das hat mit dazu beigetragen, dass der Anstieg in Deutschland bei 5.000 Intensivpatienten gestoppt wurde. Dennoch: Die schweren Verläufe, die durch die B.1.1.7 Variante ausgelöst werden können, treffen weiterhin vermehrt Menschen in der Mitte des Lebens, die zwischen 30 und 60 Jahren alt sind. Die maximale Therapie bei diesen schweren Verläufen, die nicht selten auch die künstliche Lunge (ECMO) einbezieht, die beste Intensivmedizin, die derzeit verfügbar ist, ist nur bei etwas mehr als der Hälfte der Patienten erfolgreich, die anderen sterben.

Ist die 3. Welle vorbei?

Die 3. Welle ebbt gegenwärtig ab, aber sie ist noch nicht überwunden, und auch die aktuelle Phase der Pandemie hat ihre Tücken. Blicken wir zurück in den März dieses Jahres: Auch da hat die Freude über die von Tag zu Tag sinkenden Corona-Zahlen verbunden mit der Aussicht auf Impfung und die Rückkehr in die seit mehr als einem Jahr entbeherte Freiheit zu Übermut geführt. Das darf uns nicht noch einmal passieren. Auch wenn die Situation aktuell besser ist als vor zwei Monaten, weil schon viel mehr Menschen geimpft sind.

Das Virus ist unerbittlich, wenn wir Schwäche zeigen, wird es wieder erstarben.

Das zeigt sich beispielsweise derzeit in Indien, wo sich die dortige 2. Welle unerbittlich durch die Gesellschaft frisst. Die dort mittlerweile häufig anzutreffende „Indische“ Variante B.1.167 weist sowohl die „Fitness-Eigenschaften“ der „britischen“ Variante B.1.1.7 auf, als auch die Fähigkeit zum „Immun-Escape“, die die Wirksamkeit der Impfung vermindert. Die Variante, bei



der derzeit drei Unterarten (B.1.617.1, B.1.617.2 und B.1.617.3) unterschieden werden ist mittlerweile in der Variante B.1.617.2 auch zu einer besorgniserregenden „Variant of concern“ (VOC) hochgestuft worden und verbreitet sich derzeit in Europa und vor allem in England ähnlich schnell wie zuvor die britische B.1.1.7-Variante. Allerdings zeigen aktuelle Untersuchungen, dass die Impfungen auch gegen B.1.617 wirksam bleiben.

Wem hilft die Impfung?

Fast 40 Prozent der Bevölkerung in Deutschland ist ein Mal geimpft, mehr als ein Zehntel ist vollständig geimpft. Die viel gescholtene deutsche Impfkampagne ist richtig gut in Fahrt gekommen. Dazu haben die Impfzentren entscheidend beigetragen und die Hausärzte, die einen ausgezeichneten Job machen. Die unsägliche Polemik einiger Funktionäre der hessischen Kassenärzte, die Impfzentren, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Betriebsärzte gegeneinander ausspielen wollen, läuft ins Leere. Denn nur gemeinsam bekommen wir das hin.

Aber selbst wenn derzeit alles gut läuft: Neun von zehn Menschen haben noch keinen vollen Impfschutz und 60 Prozent sind noch gar nicht geimpft. Das bedeutet: mehr als jeder Zweite in Deutschland ist noch nicht geschützt und kann noch vom Virus angegriffen und überwältigt werden. Denjenigen, die sich noch nicht für eine Impfung entscheiden wollten oder die Impfung gar rundweg ablehnen, sei gesagt: das Virus wird nicht verschwinden - auch nicht, wenn wir die Herden-Immunität erreicht haben. Es bleibt in der Welt und am Ende wird jeder in Deutschland Kontakt mit dem Virus bekommen. Für die Geimpften ist das kein Problem, für alle anderen kann es aber dazu werden.

Kinder und Jugendliche impfen?

Und auch für Kinder und Jugendliche zeichnet sich ab, dass Impfungen gut verträglich sind und schützen. In einigen Ländern ist der deutsche Impfstoff von Biontech/Pfizer jetzt bereits für 12-Jährige zugelassen. Und das ist auch gut so: Das Argument, dass Kinder und Jugendliche meist nicht schwer erkranken und deshalb die Impfung nur deshalb sinnvoll sei, weil sie damit andere schützen (indem sie das Virus nicht mehr weitergeben können), stimmt nur zum Teil. Die Langzeitfolgen einer COVID-Erkrankung - auch bei Kindern - sind noch weitgehend unbekannt, aber wohl nicht zu vernachlässigen. Und je länger die Pandemie andauert, umso mehr Kinder erkranken am PIMS, dem „Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome“. Es tritt in der Regel zwei bis vier Wochen nach einer COVID-19-Infektion auf, ist gut behandelbar, führt aber fast immer zu einem mehrtägigen Krankenhausaufenthalt. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines PIMS liegt zwischen 1:1.000 und 1:5.000, das ist nicht wenig und im Vergleich zu dem, was wir bisher über die möglichen Nebenwirkungen der Impfung mit den mRNA-Impfstoffen wissen, ist das PIMS-Risiko deutlich größer.

Gibt es Medikamente gegen eine COVID-Erkrankung?

Es gibt also keinen Grund zur Entwarnung, sondern es gilt die Mahnung zur Vorsicht. Für die Gesellschaft als ganzes. Und für jede einzelne, für jeden einzelnen von uns. Nicht zuletzt auch, weil – im Gegensatz zu der sehr erfolgreichen Entwicklung der Impfstoffe - die Suche nach wirksamen Medikamenten bisher weniger erfolgversprechend verläuft. Die meisten -initial hochgelobten - Kandidaten, haben die Erwartungen nicht erfüllt und sind aus der Therapie von COVID-Erkrankten wieder verschwunden. Lediglich die monoklonalen Antikörper



und das Dexamethason kommen auch weiterhin zu Einsatz. Neue Kandidaten sind zwar in der Pipeline - derzeit werden etwa 600 verschiedene Medikamente auf ihre Wirksamkeit gegen COVID-19 untersucht - ein Einsatz außerhalb von Studien ist derzeit aber nicht angezeigt.

Wie häufig ist Long-COVID?

Und es gibt viele weitere Folgeleiden, die unter der Bezeichnung „Long-COVID“ bei 10 bis 25 Prozent der Genesenen auftreten, unabhängig davon, wie schwer zuvor die eigentliche Erkrankung verlaufen ist, auch bei Kindern und Jugendlichen. Quantität und Qualität dieser Beschwerden können wir noch gar nicht überblicken, es sind noch viele Fragen offen.

Die Antworten stehen derzeit alle unter großem Vorbehalt, denn wir alle lernen noch hinzu. Das gilt auch für das Impfen. Doch eines ist sicher: Die Impfung hilft.

Wie lange dauert es, bis die Impfung wirkt?

Unabhängig vom Impfstoff baut sich schon nach der ersten Impfung eine Immunität auf, die mit einer Wahrscheinlichkeit von über 90 Prozent vor einem schweren Verlauf der Erkrankung schützt. Dieser Schutz ist etwa vier Wochen nach der ersten Impfung vorhanden. Dennoch sollte, da wo sie vorgesehen ist, unbedingt auch die zweite Impfung erfolgen. Die Immunität hält länger an und schützt besser – auch gegen die jetzt schon bekannten Varianten, von denen einige ja bekanntlich der Immunantwort „entwischen“.

Und nicht zuletzt auch deshalb, weil nur vollständige Geimpfte 14 Tage nach der letzten Impfung wieder gewisse Freiheiten zurückerhalten.

Wann sollte die 2. Impfung erfolgen?

Wann die 2. Impfung erfolgen soll, wird derzeit in der Öffentlichkeit lebhaft diskutiert. Nicht aber in der Wissenschaft: Die zweite Impfung bei AstraZeneca sollte neun bis zwölf Wochen nach der ersten erfolgen. Punkt! Die zweite Impfung mit den mRNA-Impfstoffen von Biontech oder Moderna soll drei bis sechs Wochen nach ersten Impfung erfolgen, wobei der längere Abstand ebenfalls bessere Ergebnisse zeigt. Alles andere basiert auf Überlegungen, die nicht faktenbasiert sind.

Auch wenn der Wunsch insbesondere jener Menschen verständlich ist, die sich mit dem Impfstoff von AstraZeneca haben immunisieren lassen, sich früher als vorgesehen zweitimpfen zu lassen: Wir sollten ihm nicht nachgeben. Die Geduld wird mit dem Aufbau der bestmöglichen Schutzwirkung belohnt, und es wird kein Impfstoff durch die zu frühe Gabe verschwendet.

Kann die Impfung guten Gewissens verweigert werden?

Jene, die sich nicht impfen lassen wollen, werden sich auf kurz oder lang mit dem Virus infizieren und erkranken. Sie haben es dann so gewollt. Denn jeder hat die Wahl zwischen Impfschutz und COVID. Denen, die geimpft sind, werden die so Infizierten wohl nicht mehr gefährlich werden können. Wohl aber den Kindern, Jugendlichen und Schwangeren, für die die Impfung bisher nicht zugelassen ist, sowie den sehr wenigen Menschen, die sich aus wichtigen medizinischen Gründen tatsächlich nicht impfen lassen sollten. Vor diesem Hintergrund ist es ethisch zumindest fragwürdig, die Impfung ohne triftigen medizinischen Grund abzulehnen.



Und mehr noch, mittelfristig stellen die Nicht-Geimpften durchaus die gesamte Gesellschaft vor ein Problem: Nachdem wir die Gefährlichkeit der Erkrankung Ende Februar erkannt hatten, haben wir sehr schnell das öffentliche und wirtschaftliche Leben heruntergefahren sowie Ressourcen im Gesundheitssystem gebündelt, um sie auf die Behandlung von Covid-Patienten zu konzentrieren. Nun aber werden wir uns bald alle vor Corona schützen können, wenn wir das Impftempo durchhalten und die Hygieneregeln weiterhin beachten.

Welcher Aufwand wird dann nötig, möglich und vor allem ethisch gerechtfertigt sein, um jene zu schützen und zu behandeln, die den künftig für fast alle verfügbaren Impfschutz nicht annehmen möchten, selbst wenn im Individualfall keine medizinischen Gründe gegen eine Impfung sprechen?

Welche Diagnosen und welche Eingriffe stellen wir zurück, wenn wir im Herbst wieder die Covid-Stationen ausbauen müssen, weil Menschen ohne Impfung schwer erkranken werden? Werden Menschen ohne Impfung noch in Berufen arbeiten können, die körperliche Nähe erfordern, sei es als Arzt oder Krankenschwester, als Friseur, Erzieher oder Grundschullehrerin?

Solange es noch keinen Schutz vor Covid-19 gab, konnten wir das Ringen um die Antworten auf diese Fragen zurückstellen. Mit dem Impfschutz aber entfällt der Diskussionschutz: Allein schon, weil die Mittel im Gesundheitssystem immer knapp und im Zweifel lebensrettend sind, müssen wir begründen, wie wir damit umgehen.

Wann können die Krankenhäuser wieder Besuche zulassen?

Zum Abschluss noch eine Bemerkung in eigener Sache.

Im Zuge der Lockerungen werden die Zugangsbeschränkungen für die Alten- und Pflegeheime gelockert. Das ist auch gut so, denn die allermeisten Bewohner*innen sind geimpft. In den Krankenhäusern ist das anders. Hier werden Menschen behandelt, die krank und deshalb besonders schutzbedürftig sind. Deshalb werden Besucher in Krankenhäusern - auch vollständig geimpfte oder genesene - weiterhin nur im Ausnahmefall zugelassen.

Für diese Ausnahmefälle gilt: ein negativer Schnelltest oder ein Impfnachweis ist vorzulegen.

Der Nachweis der Impfung muss glaubhaft sein. Die Fälschung von Impfpässen, ist nicht nur moralisch verwerflich, sondern auch strafbar. Wenn sich die Inzidenzen wieder zuverlässig bei Werten im niedrigen zweistelligen Bereich liegen, werden wir auch in den Krankenhäusern wieder mehr Besucher empfangen können.

Kommentar von Priv.-Doz. Dr. Thomas Menzel, Vorstand Krankenversorgung (Sprecher) am Klinikum Fulda, für Osthessen-News am 16.05.2021