



06.09.2023

Transkript

„Was erwartet uns im Corona-Herbst 2023?“

Expertin und Experten auf dem Podium

- ▶ **Prof. Dr. Sandra Ciesek**
Direktorin des Instituts für medizinische Virologie, Universitätsklinikum Frankfurt
- ▶ **Prof. Dr. Leif-Erik Sander**
Direktor der Abteilung für Infektiologie und Leiter der Arbeitsgruppe für personalisierte Infektionsmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin
- ▶ **Prof. Dr. Stefan Kluge**
Direktor der Klinik für Intensivmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
- ▶ **Annegret Burkert**
Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany, und Moderatorin dieser Veranstaltung

Mitschnitt

- ▶ Einen Videomitschnitt finden Sie unter:
<https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/press-briefing/details/news/was-erwartet-uns-im-corona-herbst-2023/>
- ▶ Falls Sie eine Audiodatei oder eine Sprecheransicht des Videomitschnitts benötigen, können Sie sich an redaktion@sciencemediacenter.de wenden.



Transkript

Moderatorin [00:00:00]

Ich heiÙe Sie herzlich willkommen zu dem heutigen Press Briefing zum Corona-Herbst 2023. Mein Name ist Annegret Burkert und ich bin Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften hier am Science Media Center. Bei den aktuellen sommerlichen Temperaturen fällt es ein bisschen schwer, an den Herbst zu denken. Aber nichtsdestotrotz – der kommt ja. Und auch jetzt ist es schon so, dass Corona immer häufiger in den Medien auftaucht. Es gibt langsam mehr Infizierte, es wird über neue Varianten berichtet – so wie die BA.2.86, die aufgetaucht ist, die sogenannte Pirola-Variante – und auch die neuen, an die XBB-Varianten angepassten Impfstoffe sind jetzt zugelassen. Nun bleibt eigentlich die Frage: Was kommt denn da jetzt auf uns zu, was haben Forschende und Ärzte in den Sommermonaten, in den vergangenen Monaten dazugelernt und wie können wir uns als Einzelne aber auch als Gesellschaft auf die neue Herbst-, Wintersaison mit SARS-CoV-2 aber auch den anderen Erkältungsviren vorbereiten? Darüber wollen wir heute sprechen und ich begrüÙe hier die drei anwesenden Expert*innen, zum einen Frau Sandra Ciesek, Herrn Leif-Erik Sander und Herrn Stefan Kluge. Und bevor ich loslege, möchte ich noch sagen: Sie können wie immer Ihre Fragen stellen unten in dem Frage & Antwort-Tool. Und wenn ein Kollege oder eine Kollegin auch eine interessante Frage stellt, können Sie über diesen Daumen hoch auch diese Frage pushen, dann wissen wir, dass das Interesse für diese Frage besonders hoch ist und ziehen Sie auch hoch. Gut, dann lege ich mal los. Herr Kluge, Sie sind Intensivmediziner in Hamburg und haben ja auch während der Pandemie zahlreiche COVID-19-Patient*innen betreut und behandelt. Wie sieht das denn aktuell bei Ihnen im Krankenhaus aus, wie ist die Lage?

Stefan Kluge [00:01:45]

Im Moment haben wir eine stabile Situation in Hamburg und in Deutschland. Es sind vereinzelte Patienten im Krankenhaus. Viele sind aber einfach mit Corona, mit den neuen Varianten im Krankenhaus, weil sie wegen anderer medizinischer Probleme aufgenommen werden. Die wenigsten sind wegen Corona im Krankenhaus. Aber es gibt immer wieder immungeschwächte Patientinnen oder Patienten mit anderen schweren internistischen Vorerkrankungen oder hohem Alter, die dann doch noch mal – gerade, wenn sie noch nicht komplett geimpft sind – eine schwere Lungenentzündung durch Corona bekommen können, auch jetzt. Das sind wenige Patienten. Momentan behandeln wir in Deutschland auf den Intensivstationen 182 Patienten mit Corona, davon die Hälfte aber wahrscheinlich nur wegen einer Corona-Lungenentzündung und das sind so ein Prozent aller Patienten auf der Intensivstation. Im Moment eine sehr stabile Situation, auch wenn wir so ein bisschen mehr Infektionsaktivität die letzten Wochen sehen, sowohl bei Mitarbeitern als auch bei positiv getesteten Patienten.

Moderatorin [00:02:40]

Ja, vielen Dank. Frau Ciesek, Sie betreuen die Medizinische Virologie am Universitätsklinikum in Frankfurt. Sie kennen sich auch besonders gut mit den Virusvarianten und der Surveillance aus. Seit Monaten kursieren ja verschiedene Omikron-Varianten, nun diese Piroler-Variante und Eris. Sie beide gelten auch als besorgniserregende Varianten und werden von der WHO beobachtet. Sind Sie auch besorgt, was diese Varianten angeht?

Sandra Ciesek [00:03:09]

Eigentlich nicht so richtig, muss ich sagen. Es ist natürlich zu erwarten, dass das Virus sich weiterentwickelt und das nutzt, wenn es sich weiter an den Menschen anpassen kann. Und das ist bei der



Piroler-Variante wahrscheinlich auch passiert. Das ist ja eigentlich von BA.2 ausgehend eine Variante, die wir gar nicht mehr sehen. Und man geht davon aus, dass wahrscheinlich in einem immunsupprimierten Patienten diese Variante über Monate zirkuliert und sich dort mit weiteren Mutationen angepasst hat. Und so richtig viel wissen wir einfach auch noch nicht über diese Variante. Da muss man noch ein paar Wochen abwarten, bis wirklich beurteilt werden kann, was diese Variante so anders macht. Ich selber habe immer gesagt, solange es Omikron bleibt, bin ich relativ entspannt, weil wir alle jetzt schon Omikron hatten, manche mehrmals geimpft sind und dadurch auch ein gewisser Schutz vor einem schweren Verlauf weiterbesteht.

Moderatorin [00:04:11]

Herr Sander, da kann ich direkt zu Ihnen kommen. Sie arbeiten an der Charité in Berlin und konzentrieren sich in Ihrer Forschung vor allem auf die Immunantwort bei schweren respiratorischen Infektionskrankheiten und auf die Wirkung von Impfstoffen. Die Impfstoffe sind jetzt angepasst. Weiß man schon, wie gut diese auf die neuen Varianten passen?

Leif-Erik Sander [00:04:34]

Ja, es ist tatsächlich so, dass im Mai herum, ein bisschen eher sogar, die Empfehlung kam, dass man die Impfstoffe wieder anpasst, und zwar an die XBB-sublinierte Omikron-Variante und das hatte sich gegen Ende letzten Jahres auch schon angedeutet, dass diese Sublinien dominant werden. Es sind auch die, die weiterhin hier zirkulieren, da kann bestimmt Sandra Ciesek noch genaueres zu sagen. Und an die XBB.1.5 -Variante wurden dann die Impfstoffe einiger Hersteller angepasst. Im letzten Jahr wurde ein bivalenter Impfstoff gemacht, in dem noch ein Teil des ursprünglichen Impfstoffs enthalten war und ein Teil des varianten-adaptierten Impfstoffs. Und diesmal ist es so, dass ausschließlich der varianten-adaptierte Impfstoff vorhanden ist. Es gibt dazu noch wenig veröffentlichte Daten, aber es gibt Daten, die an die regulatorischen Behörden eingereicht wurden und auch diese neuen Impfstoffe wurden mittlerweile zugelassen und werden gegen Ende des Monats verfügbar werden. Wie gut sie schützen, wird man – und das muss man ehrlich sagen – im Nachhinein sehen. Bei den bivalenten Impfstoffen im letzten Jahr haben Daten aus Beobachtungsstudien und Registern und so weiter gezeigt, dass es im Vergleich zu einem nicht angepassten Impfstoff noch mal einen zusätzlichen Schutz gab, auch vor schwerer Erkrankung. Man muss aber sehr große Studien machen, um das beurteilen zu können. Aktuell liegen nur im Preprint-Format Immunitätsdaten vor und die zeigen eben das, was man erwarten konnte, dass sich die Antikörperantwort durch einen Booster mit der XBB.1.5-angepassten Impfung noch mal verbreitert und dann auch Antikörper gebildet werden, die diese Variante wieder besser neutralisieren können. Das war so erwartet worden. Was gut zu sehen ist, dass zum Beispiel auch diese Variante, die als Eris bezeichnet wird, auch eine XBB-Sublinie, auch gut kreuzneutralisiert. Zurzeit schaut es also so aus, dass wir Impfstoffe haben, die die derzeit zirkulierenden Varianten gut neutralisieren können und das sind die Daten, die zurzeit zur Verfügung stehen. Ich weiß nicht, ob Sandra Ciesek noch auf neuere Varianten [eingehen möchte], da fiel gerade der Begriff Pirola, das ist diese BA.2 -Variante. Da gibt es auch – allerdings noch im Preprint-Format, – Daten zu Leuten, die eine XBB-Infektion durchgemacht haben. Das kann man vielleicht so ein bisschen dann vergleichen mit der Situation, wenn man mit einem angepassten Booster geimpft wird. Da kriegt man dann eine Verbreiterung und auch gar nicht so eine schlechte Neutralisation auch von dieser neuen Variante, die sehr stark immunflüchtig ist.

Moderatorin [00:07:31] Ja, Frau Ciesek, wollen Sie da was hinzufügen?



Sandra Ciesek [00:07:34]

Ja, vielleicht noch mal zu den Varianten. Wie unterschiedlich ist diese Piroler-Variante? Das hat, wenn man es vergleicht mit XBB.1.5, glaube ich über 35 Mutationen. Und zu BA.2 sind es glaube ich 32 oder 33 Mutationen im Unterschied zu den anderen Varianten. Also ist schon deutlich angepasst. Wie gesagt, es fehlen uns noch Daten aus zum Beispiel den Tiermodellen und diese Variante ist auch noch gar nicht so verbreitet. In Deutschland habe ich geschaut, ist sie noch gar nicht gefunden. Es liegt sicherlich nicht daran, dass es die hier nicht gibt, sondern eher daran, dass wir gar nicht mehr gucken. Da muss man sagen, sind wir in Deutschland mit dem Sequenzieren sehr zurückhaltend geworden sind und eher auf die anderen Länder schauen. Sie wurde aber schon in verschiedenen anderen Ländern gefunden, auch auf verschiedenen Kontinenten. Und jeden Tag nehmen eigentlich die Zahlen zu und es ist nur eine Frage der Zeit, dass wir sie auch in Deutschland entdecken und wahrscheinlich ist sie auch schon hier. Aber wir haben bisher nur Zellkultur-Daten, wie Herr Professor Sander auch gerade sagte, aber keine Daten jetzt aus dem Tier oder wirklich aus den Real World Daten, ob diese Variante jetzt wirklich in der Schwere zum Beispiel anders verlaufen würde. Dazu ist es noch zu früh. Und bei der Eris-Variante, da gibt es schon erste Daten aus Japan, aus dem Tiermodell, aus dem Hamster. Und die haben zum Glück gezeigt, dass sie keinen Unterschied in der Pathogenität zu der XBB.1.5-Variante sehen, so dass das eher auch positiv ist, dass man da keinen Unterschied in der Pathogenität sah. Was auffiel in dieser Preprint-Studie ist, dass vermehrt wohl die Lunge wieder betroffen war als andere Organe, so dass der Tropismus des Virus vielleicht wieder zugunsten der Lunge geht, aber ohne vermehrte Pathogenität. Da stehen wir im Moment mit den Varianten.

Moderatorin [00:09:40]

Da gab es direkt eine Nachfrage, ob dieser Pirola-Variante aber trotzdem eindeutig der Omikron-Linie zuzuordnen wäre.

Sandra Ciesek [00:09:47]

Ja, also das ist BA.2 und BA.2 ist ja auch Omikron. BA.1 war die erste, dann kam BA.2 und eigentlich wurde die durch BA.5 verdrängt. Aber wie gesagt, man geht davon aus, dass in bestimmten Personen, die über Monate infiziert sind und das Virus einfach nicht clearen können, durch eine Immunschwäche, dann solche Varianten entstehen können, die dazu führen, dass sich das Virus multipel in der Oberfläche anpasst und verändert.

Moderatorin [00:10:20]

Jetzt kommen Fragen wie erwartet: Wer sollte sich wann in welchem Zeitraum am besten impfen oder boostern lassen? Ich nehme an, das geht an Herrn Sander. Gilt das nur für Risikopatienten, Ältere oder Mitarbeiter oder doch besser alle Erwachsenen?

Leif-Erik Sander [00:10:40]

Dazu ist auch gerade eine Stellungnahme der Stiko in Abstimmung. Aber wir haben eine gültige Stiko-Empfehlung, weil die COVID-19-Impfempfehlung auch in die allgemeinen Impfempfehlungen aufgenommen wurden und an denen kann man sich sehr gut orientieren. Es gibt natürlich auch internationale Empfehlungen, so dass Auffrischungsimpfungen, also weitere Impfungen bei bereits vollständig geimpften Personen, eben nur für bestimmte Gruppen empfohlen werden. Das sind über 60-jährige. Wir wissen, dass das chronologische Alter der stärkste Risikofaktor für schwere Erkrankungen ist. Wir wissen auch aus eigenen Messungen: Im Alter lassen Immunantworten eher



etwas schneller wieder nach. Von daher ist es bei älteren Menschen gemäß Stiko-Empfehlung auch gemäß dem, was so in der Literatur ist, durchaus eine relativ eindeutige Empfehlung. Zusätzlich wird die Impfung Personen empfohlen, die andere Risikofaktoren für schwere Krankheitsverläufe haben. Da gibt es längere Listen, aber insbesondere würde ich an Menschen denken, die mit immunschwächenden Medikamenten behandelt werden oder aus anderen Gründen eine Immunschwäche haben. Da kann man davon ausgehen, dass Impfantworten auch mit der Zeit nachlassen oder insgesamt auch zu Beginn schon gar nicht so stark ausgeprägt waren. Das betrifft auch Kinder mit Risikofaktoren. Es gibt natürlich auch andere schwere vorbestehende Organerkrankungen, also schwerste Lungenerkrankungen, oder Patienten, die ohnehin schon Sauerstoff benötigen. Die möchten natürlich auch möglichst sehr guten Schutz haben. Also da gibt es längere Listen. Das sind aber auch Mitarbeitende von Einrichtungen des Gesundheitswesens, wo dann wiederum mit Risikopersonen viel Kontakt besteht und ein Expositionsrisiko sowohl für die Mitarbeitenden als auch ein Expositionsrisiko für die Patientinnen und Patienten besteht, die man dort betreut. Das kann man gut nachlesen in den Stiko-Empfehlungen. Für die besteht eine Empfehlung, sich wieder boostern zu lassen und die Empfehlung ist eben, das jetzt im Herbst zu tun. Wir wissen, dass wir in der kalten Jahreszeit eine gewisse Saisonalität haben, wir kriegen mehr Infektionen in der kalten Jahreszeit und das war auch im letzten Jahr so, von daher ist das die Empfehlung, allerdings mit der Einschränkung, dass sagt die Stiko, dass das vor allen Dingen für Menschen relevant ist, bei denen der letzte Kontakt zu diesem Virus, zu dem Antigen zwölf Monate oder länger zurückliegt. Also wenn man kürzlich eine Infektion hatte – und auch das sehen wir natürlich in eigenen Studien –, führt das dazu, dass das die Immunantwort sehr stark aufgefrischt wird. Wenn Sie kürzlich eine Infektion hatten, beispielsweise jetzt im Sommer, es gab ja so eine leichte Sommerwelle, dann ist sicherlich jetzt direkt danach noch mal der Booster vielleicht gar nicht unbedingt notwendig, zumal sie dann ohnehin Kontakt mit der XBB-Variante hatten. Wenn aber der letzte Kontakt, die Booster-Impfung, vielleicht aus dem letzten Herbst war und man zu diesen Risikogruppen gehört, dann ist es sicher sehr gut, das jetzt zu machen. Und vielleicht darf ich das noch anschließen: Es geht eben nicht nur um COVID-19 dieses Jahr und es kann bestimmt auch Stefan Kluge kommentieren. Wir haben letztes Jahr auf der Intensivstation und auch in der Notaufnahme sehr viel andere respiratorische Infektionen und dann auch die Superinfektionen, also Leute, die einen relativ einfachen Virusinfekt haben und die danach zum Beispiel eine schwere bakterielle Superinfektion bekommen, gesehen. Es gibt auch andere respiratorische Viren und gegen die Grippe kann man sich eben auch impfen. Und das betrifft im Wesentlichen dieselben Leute, insbesondere auch die Mitarbeitenden. Und um die Frage gleich mit abzuräumen: Man kann die Impfung gleichzeitig geben und das sollte man dann vielleicht auch machen. Und ich glaube, das ist auch eine Sache, die wir hier empfehlen, das in einem Abwasch zu erledigen.

Moderatorin [00:14:27]

Ja, vielen Dank. Sie haben gerade schon gesagt, es gab jetzt schon eine kleine Sommerwelle. Eine Frage ist auch, ob mit dem Feriende und der Reisezeit wieder mit einem Anstieg der Corona-Fälle zu rechnen ist. Frau Ciesek, Sie nicken schon.

Sandra Ciesek [00:14:41]

Ja, das kann ich natürlich. Aus dem Labor sehe ich das immer als Erste an der positiven Testrate oder an der Anzahl der Tests. Aber ich sehe es im Moment vor allen Dingen in meinem Umfeld, bei Freunden, bei Bekannten, bei Kolleginnen und Kollegen, die aus dem Urlaub kommen, dass es vermehrt zu Infektionen kommt. Und damit wird mittlerweile ganz unterschiedlich umgegangen. Manche machen dann einen Schnelltest und sagen, okay, ich habe Corona, ich bleibe jetzt eine Woche zu Hause, und sie fühlen sich dann auch nicht gut. Und andere wollen es gar nicht mehr wissen [...] und sagen, ich bin zwar erkältet, aber ich will jetzt gar nicht mehr wissen, was ich für einen Virus



press briefing

habe. Und im Moment zirkulieren neben Corona, dem SARS-CoV-2-Virus, auch vermehrt Rinoviren. Wie gesagt, klinisch kann man das kaum unterscheiden. Aber ich merke vor allen Dingen im Umfeld, dass es im Moment doch viel mehr Infektionen gibt.

Moderatorin [00:15:36]

Das würde ich direkt gerne einmal nutzen zur Überleitung zur Datenlage und zur Überwachung. Wir haben eine Frage hier: Wird dann in den Kliniken überhaupt noch standardmäßig getestet? Herr Kluge, vielleicht könnten Sie die erst einmal beantworten.

Stefan Kluge [00:15:49]

Nein, standardmäßig nicht. Wir haben ja während der Hochzeit der Pandemie wirklich alle Mitarbeiter mehrfach wöchentlich getestet. Wir haben jeden Patienten bei Neuaufnahme und im Verlauf getestet. Und das war natürlich ein riesiger Aufwand. Und auch riesige Kosten, die da produziert wurden, das muss man ganz klar sagen. Aber da hatten wir ein hohes Infektionsgeschehen mit Varianten, die deutlich gefährlicher waren als jetzt. Jetzt ist es so, dass in den Kliniken nur noch bei Atemwegssymptomen getestet wird. Das gilt dann für Mitarbeiter, also auch für Patienten. Wenn jemand Symptome hat, die typisch sind für eine Corona-, oder Leif Sander hat es gesagt, auch für eine andere Infektion, die sehr ansteckend und gefährlich für Mitpatienten oder Mitarbeiter sein kann, dann wird routinemäßig getestet. Asymptomatische beschwerdefreie Mitarbeiter oder Patienten werden heute in deutschen Krankenhäusern nicht mehr getestet.

Moderatorin [00:16:36]

Und zur Überwachung, Frau Ciesek, wie bewerten Sie denn die Qualität der Versuche, zum Beispiel des Abwasser-Monitorings? Oder wie überhaupt überwachen wir momentan die Lage?

Sandra Ciesek [00:16:48]

Das ist eine gute Frage. Ich muss sagen, dass in Deutschland im Moment im Vergleich zu anderen Ländern [wenig passiert] – ich glaube, heute Nacht wurde auch gemeldet, dass Israel jetzt wieder alle Neuaufnahmen im Krankenhaus screent und das vielleicht gar nicht, weil sie befürchten, dass es zu einer Gefahr kommt, sondern einfach um bessere Daten zu erheben. Das passiert in Deutschland in der Systematik im Moment nicht. Wir haben wie gesagt die Daten von den Sentinel-Praxen. Wir haben Daten von symptomatischen [Patienten], die ins Krankenhaus gehen. Wir haben Abwasserdaten, die aber immer noch nicht repräsentativ sind in Deutschland und die auch so technische Schwierigkeiten haben. Also man muss beim Abwasser, gerade wenn man quantifiziert, immer noch ganz viele Faktoren mitberechnen, wie zum Beispiel die Menge an Regen in den letzten Tagen [und] Wochen. Und das ist meines Erachtens noch nicht wirklich so, dass es repräsentativ für Deutschland ist. Da arbeiten wir dran. Und wir haben das Problem, dass wir die Sequenzierung ja nicht mehr vergütet bekommen und sie deshalb nur noch sehr eingeschränkt machen. Deswegen haben wir auch noch keine Pirola gefunden in Deutschland, das ist meine Vermutung. Und ich denke, das hat dann auch den Nachteil, dass wir zum Beispiel noch kein Isolat davon haben und dann keine Experimente in Zellkultur machen können, um abzuschätzen, wie gefährlich das Virus ist oder ob es irgendwie anders ist als die anderen Omikron-Varianten. Da verlassen wir uns so ein bisschen im Moment auf die Daten aus anderen Ländern.



press briefing

Moderatorin [00:18:20]

Gutes Schlagwort: Andere Länder. Gibt es denn ein Land, in dem die Corona-Situation Ihnen derzeit Sorge bereitet? Die Frage geht gerne auch an alle drei.

Stefan Kluge [00:18:33]

Bezüglich der Intensivstationen ist mir jetzt kein Land bewusst, das gerade im Moment Probleme hat. Es kamen Berichte aus den USA, dass dort mehr Corona-Patienten aufgenommen wurden. Aber man sieht jetzt einfach, es gibt Bundesstaaten in USA, da ist die Corona-Inzidenz oder die Belastung auf den Intensivstationen genauso gering wie hier. Es gibt einzelne, Arizona, Maryland, wo bisher mehr Patienten auf den Intensivstationen liegen. Das hängt aber natürlich immer davon ab, was gerade dort passiert ist – Kontakte, Infektionsgeschehen, Urlaube, Ferienende und so weiter –, und korreliert damit. Aber sonst: Eine übermäßige Belastung ist mir jetzt nicht bekannt in anderen Ländern.

Moderatorin [00:19:13]

Wenn Herr Sander oder Frau Ciesek nichts hinzufügen wollen ... Oder wollen Sie?

Sandra Ciesek [00:19:19]

Nein, ich sehe das eigentlich genauso. Natürlich haben andere Länder andere Gesundheitssysteme und werden sicherlich eher wieder Probleme bekommen, wenn sehr viele Menschen krank werden, weil sie eine andere Versorgungsstruktur haben. Aber es gibt jetzt nichts, was vergleichbar ist mit 2020 und 2021, mit dieser Situation meines Erachtens.

Moderatorin [00:19:42]

Dann komme ich noch mal zurück zu Ihnen, Herr Kluge. Was befürchten Sie eigentlich mehr? Neue Varianten, das ja wahrscheinlich nicht, oder die Engpässe im Krankenhaus auch mit Blick aufs Personal oder auf Arzneimittel? Wie gucken Sie auf den Herbst, was diese Themen angeht?

Stefan Kluge [00:20:03]

Wenn Sie mich persönlich fragen, fürchte ich neue Varianten jetzt eigentlich nicht beziehungsweise sehr wenig. Wobei wir alle drei sagen würden, als Wissenschaftler kann man nichts ausschließen, aber ich glaube, das ist einfach nicht sehr wahrscheinlich. Was unser größtes Problem ist auf den deutschen Intensivstationen, ist der Fachkräftemangel, ist der Personalmangel gerade im Pflegebereich. Wir wissen von vielen Berichten und auch Daten aus dem DIVI-Register, dass circa 25 Prozent der deutschen Intensivbetten nicht betrieben werden können aufgrund von Personalmangel, 25 Prozent, das ist eine riesige Zahl. Und wir haben ohnehin eine demographische Entwicklung, die uns immer ältere Intensivpatienten auf die Intensivstation bringt, multimorbide Patienten. Wir haben auch eine hohe Anspruchshaltung in der Bevölkerung. Ich habe in den letzten Wochen mehrere über 90-jährige Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation behandelt, bei denen auch eine Intensivtherapie gewünscht ist. Das unterscheidet uns auch so ein bisschen von anderen europäischen Ländern. Das ist eine schwierige Diskussion, die wir sicherlich in den nächsten Jahren führen müssen. Auf jeden Fall sind die Intensivstationen sehr gut ausgelastet, auch weil viele Patienten nach großen Operationen standardmäßig auf der Intensivstation nachbeobachtet werden und wir viele andere akute Erkrankungen haben, wie Schlaganfall, Herzinfarkt, Lungenentzündung durch andere Erreger. Und wenn im Herbst/Winter jetzt COVID-19-Patienten



oder auch Influenzapatienten, Grippepatienten oder andere Patienten mit schweren Virusinfektionen dazukommen, dann bekommen wir natürlich Probleme, gerade wenn, Sandra Ciesek hat es gesagt, das Personal gleichzeitig erkrankt. [Das ist meine größte Sorge.] Wir sind jetzt schon, wie gesagt, sehr gut in der deutschen Intensivmedizin ausgelastet. 25 Prozent der Betten sind gesperrt, und wir haben ein Problem – schon vor Corona –, aber das hat sich noch einmal verschlechtert mit dem Personalmangel. Es gibt auch einzelne Regionen, wo wir einen deutlichen Ärztemangel haben, aber bundesweit haben wir auf jeden Fall einen Pflegepersonalmangel.

Moderatorin [00:21:56]

Weil diese Frage auch noch mal kam: Wie optimistisch oder pessimistisch blicken Sie generell auf die kommenden Monate? Wie schlimm wird diese Herbst-Winter-Saison? Das würde ich gerne auch noch einmal an Frau Ciesek und Herrn Sander weitergeben.

Sandra Ciesek [00:22:08]

Ach, ich glaube, das wird so ähnlich wie letztes Jahr, und es ist einfach ein Nervfaktor für alle, wenn die Erkältungssaison kommt, wenn die Infektionen ansteigen. Ich gehe davon aus, dass sehr viele von uns noch einmal in der kommenden Saison eine Corona-Infektion durchmachen werden. Und es ist ja schon so, dass die meisten dann doch eine Woche zu Hause sind und ausfallen, weil sie krank sind, weil sie Fieber haben, weil sie Husten und Schnupfen haben. Und das nervt. Wenn die Kollegen fehlen, nervt es, weil es enger wird in der Klinik. Wenn man krank ist und zu Hause bleiben muss, nervt es. Aber ich sehe, solange, was ich vorhin gesagt habe, Omikron zirkuliert, jetzt keine Gefahr, dass sich die Situation groß verändert oder dass es auch noch einmal nötig wird, dass zum Beispiel der Staat irgendwelche Maßnahmen verhängt. Das sehe ich im Moment überhaupt nicht.

Moderatorin [00:23:02]

[...] Herr Sander, Entschuldigung, ich wollte Sie nicht übergehen. Wollten Sie noch etwas sagen? Wie blicken Sie auf den Herbst?

Leif-Erik Sander [00:23:10]

Ich schließe mich meinen beiden Vorrednern an, allerdings sehe ich die Situation im Gesundheitswesen, das sehe ich auch bei uns in der Klinik oder in der Charité und in der Stadt, schon wieder etwas kritischer. Das hat Stefan Kluge auch angedeutet: Uns fehlt insgesamt Personal, wir haben insgesamt ein strukturelles Problem im Gesundheitswesen. Und diese saisonalen Anstiege von Infektionskrankheiten und die zunehmende Multimorbidität der Patienten, [bringen] uns sehr schnell an Belastungsgrenzen. Und das wird auch diesen Herbst wieder passieren. Und andere Viren und andere Infektionen waren letztes Jahr schon sehr gehäuft, und das wird diesen Winter auch wieder auftreten. Und insbesondere in der Pädiatrie, in der Kindermedizin, die hier gar nicht vertreten ist in der Runde, wird das wieder relativ schnell zu Engpässen führen, auch in den Notaufnahmen. Und es geht deutlich über den Faktor "Es nervt, dass Kollegen nicht da sind" hinaus, weil es dann tatsächlich Versorgungsprobleme geben kann, gerade in Regionen, wo dann vielleicht die Dichte an freien Krankenhausbetten nicht so hoch ist. Von daher sehe ich das Ganze schon kritisch – und das geht eher in die gesamtgesundheitspolitische Richtung –, dass wir an dem System noch einiges verändern müssen, um unsere Ressourcen besser nutzen zu können. Aber diesen Herbst und Winter sehe ich ungefähr so wie den letzten und das kann auch wieder zu Belastungen führen. Das kann auch wieder dazu führen, dass Leute in die Rettungsstellen gehen und stundenlang warten müssen und nicht behandelt werden können und vielleicht in weit entfernte Kranken-



häuser verlegt werden müssen, weil nichts frei ist, was eine Kombination aus vielen Infektionen und Personalmangel ist.

Moderatorin [00:24:49]

Sie haben gerade schon von der Saisonalität gesprochen. Kann man bei SARS-CoV-2 schon von einer Saisonalität sprechen? Weiß man, wann die Infektionswelle besonders stark wird? Und auf diese Frage zielt noch eine weitere Frage, die hier reinkam: Noch einmal zu dem optimalen Zeitpunkt des Impfens, weil die Corona-Impfkampagne in Großbritannien wohl eher auf den späteren Herbst gelegt wurde, haben Sie da eine gewisse Erwartung, was den Peak oder die Saisonalität angeht?

Leif-Erik Sander [00:25:25]

Ich fang einmal ganz kurz an mit der Impfung und dann macht vielleicht Sandra Ciesek weiter zu der Saisonalität. Wenn wir ganz ehrlich sind, haben wir in Deutschland nicht das Problem des optimalen Zeitpunkts, sondern wir werden das Problem haben, ausreichend Menschen mit diesem Angebot zur Impfung zu erreichen. Wir haben traditionell extrem schlechte Impfquoten, was die Grippe angeht. Bei COVID-19 waren wir nicht schlecht, aber die Boosterimpfung werden möglicherweise auch nicht so viele Menschen in Anspruch nehmen. Von daher frühzeitig das Angebot zu machen, es auch zu kommunizieren, auch das Angebot zu machen, dass das gemeinsam mit der Grippe-Impfung gemacht werden kann, das niedrigschwellig zu machen. Auch die Praxen haben ja viele logistische Probleme, auch dort fehlt Personal. Dann gibt es die Corona-Impfstoffe teilweise nur in Fläschchen mit mehreren Dosen, das heißt, es ist ein logistisches, organisatorisches Problem. Wir sind einfach noch nicht da, dass wir sagen können, "für uns ist es optimal, noch zwei Wochen später zu impfen". Sondern wir können froh sein, wenn sich ausreichend Menschen impfen lassen können. Die Impfstoffe werden da sein. Und dass die Wellen zwar in der kalten Jahreszeit häufiger sind, aber wir keine ganz strenge Saisonalität wie bei der Grippe haben, wo man sagt, okay, die kommt dann, und das ist dann so ein Peak innerhalb von sechs Wochen, das haben wir noch nicht erreicht. Und selbst bei den anderen respiratorischen Viren hatten wir in den letzten Saisons eine Verschiebung, da kam RSV deutlich eher, die Grippe deutlich eher. Wenn wir auf die Südhalbkugel blicken, dann kam zumindest dort die Grippezeit wieder zu einer normalen Zeit, und zwar auch von der Ausprägung her normal. Also vielleicht kommen wir dahin zurück. Ich glaube aber, so ganz streng saisonal und ganz stark synchronisiert sind wir da noch nicht.

Sandra Ciesek [00:27:16]

Ich kann ja mal ergänzen. Aus virologischer Sicht ist das so: Das Virus verändert sich einfach noch viel häufiger und viel schneller und viel mehr als die endemischen Corona-Viren. Wir reden ja dauernd über neue Varianten, und ich sage immer, das ist so ein bisschen diese ruckelige Übergangszeit, wo das Virus sich noch verändert. Und auch Eris ist ja etwas stärker übertragbar und hat eine stärkere Immunflucht als die davor. Dadurch wird die Variante abgelöst, und es entsteht wieder eine Welle oder eine kleine Krankheitswelle. Und eine echte Saisonalität haben wir noch nicht, wie Herr Sander auch gesagt hat. Man sieht aber trotzdem so ein Muster, was jetzt auch auffällt nach den Sommerferien, wenn der Herbst beginnt. Die Zahlen steigen. Trotzdem sind wir immer noch geprägt von der Evolution und von weiteren Varianten bei SARS-CoV-2, und erst wenn das zur Ruhe kommt, erwarte ich, dass man wirklich eine echte Saisonalität sehen wird.



Moderatorin [00:28:18]

Vielleicht noch eine Frage zum Impfstoff-Thema, Herr Sander. Wenn jetzt jemand noch gar nicht gegen COVID-19 geimpft ist, sollte sich diese Person direkt mit dem jetzt angepassten Impfstoff impfen lassen oder eventuell noch einen alten nehmen? Sind diese überhaupt dann noch verfügbar? Was würden Sie da empfehlen?

Leif-Erik Sander [00:28:39]

Das ist eine sehr gute Frage, die auch sehr aktuell ist, weil hier auch die Zulassungen beziehungsweise die Empfehlungen angepasst werden. Wir haben früher gesagt, jeder braucht drei Impfungen. Jetzt ist es aber so, dass sie kaum noch einen Menschen finden, der keinen Kontakt hatte mit dem Virus, also keine Infektionshistorie hat. Und von daher geht man davon aus, dass auch eine einmalige Impfung ausreichen kann, um den Impfschutz zu komplettieren, insbesondere wenn Infektionen vorliegen. Und man kann dafür auch die jetzt neuen angepassten Impfstoffe verwenden, weil nur noch Omikron zirkuliert. Und es ist auch praktisch schwierig für Leute, überhaupt noch an den ursprünglichen Impfstoff heranzukommen. Insofern stehen diese angepassten Impfstoffe dafür zur Verfügung. Wenn es eine Person gibt, die noch nicht geimpft ist und noch vollkommen naiv ist und das nachweislich ist – es gibt natürlich Personen, die sich sehr, sehr gut geschützt haben und einfach auch ohne Infektion durchgekommen sind –, dann würde ich weiterhin wie gehabt drei Impfungen empfehlen. Aber wenn es schon Infektionsereignisse gab und man das nicht so genau hinbekommt, dann würde ich eine zusätzliche Boosterung empfehlen und dann noch den angepassten Impfstoff.

Moderatorin [00:29:58]

Passend dazu: Einige Mediziner warnen vor wiederholten Impfungen. Was sagt die aktuelle Datenlage dazu? Wie häufig kann man boostern? Und wie oft sollte man Immungeschwächte boostern? Gibt es negative Effekte wie das Immune Imprinting?

Leif-Erik Sander [00:30:22]

Ja, dazu möchte ich ganz gern was sagen. Es gibt immer wieder Studien, und ich nenne das jetzt mal Behauptungen, dass wiederholte Impfungen zu einem Gewöhnungseffekt führen oder gar nachteilig wären. Dafür gibt es aber keine Daten. Es gibt keine Evidenz dafür, dass sich Leute, die sich jetzt mehrfach geimpft haben, am Ende sogar schlechter geschützt wären als jene, die sich weniger häufig geimpft haben. Das Gegenteil ist der Fall. Nach jeder Boosterkampagne haben wir im Nachhinein, insbesondere aus Israel und aus Amerika, Daten bekommen, Echtweltdaten bekommen, die sehr gut statistisch adjustiert waren und die klar gezeigt haben: Es hat einen statistisch signifikanten Vorteil, weil diejenigen, die sich haben boostern lassen, statistisch gesehen seltener häufig verstorben sind und seltener ins Krankenhaus gekommen sind. Das haben wir nach der dritten Impfung gesehen, nach der vierten Impfung, bei den angepassten Impfstoffen. Aus den epidemiologischen klinischen Daten gibt es keinen Hinweis, dass das nachteilig wäre, um sich vor Coronainfektionen und deren Folgen zu schützen. Für die einzelne Person, die immungesund ist und vielleicht gar kein erhöhtes Risiko hat, muss man sich tatsächlich fragen, ob sich eine weitere Impfung lohnt. Das ist auch eine individuelle Abwägung. Die Stiko macht dazu Empfehlungen, andere machen dazu Empfehlungen, die klar sagen: Wenn Sie mehrfach Kontakt hatten, vielleicht auch schon Infektionen hatten, diese Hybridimmunität haben, ist das wahrscheinlich in Ordnung. Dann werden auch immunologische Studien zitiert, da geht es um ein Imprinting, da geht es teilweise um IgG-Subklassen, da könnten wir jetzt in die Feinheiten der Immunologie einsteigen. Allerdings sind das vollkommen normale Prozesse, die zum Glück bisher noch nicht gezeigt haben, dass sich dadurch unser Immunsystem irgendwie lähmt oder irgendwie abstumpft und nicht mehr anpas-



sungsfähig wird. Von daher haben die Boosterimpfungen, wenn sie empfohlen sind, wenn ein Risiko besteht, immer einen Nutzen nachgewiesen. Und bei immunsupprimierten Personen wissen wir ohnehin, dass die häufig sehr viel mehr Impfdosen brauchen, um überhaupt eine Immunantwort zu generieren, weil wir mit Medikamenten oder durch die Erkrankung sehr stark auf einer Bremse stehen. Und die brauchen eben viel stärkere Stimulation. Das kennen wir von transplantierten Patienten, dass die häufig 3-, 4-, 5-, 6-mal geimpft werden müssen, um zum Beispiel auch gegen Hepatitis oder ähnliches einen Impftiter aufzubauen. Und das gilt dann auch für die COVID-19-Impfstoffe. Das machen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte auch. Also da kann ich beruhigen. Was man sicher auch nicht machen sollte, ist, als vollkommen gesunde Person das zu übertreiben und sich ständig mit neuen Impfdosen impfen zu lassen, weil ich glaube, dass einfach der Nutzen gar nicht da ist. Denn wir haben viele Arme des Immunsystems, die sehr, sehr stark durch jede Impfung, durch jede Infektion gegen dieses Virus aktiviert werden. Und die hat eben einen sehr robusten Immunschutz in der gesamten Bevölkerung aufgebaut. Individuell, glaube ich, besteht schon ein sehr guter Schutz.

Moderatorin [00:33:29]

Vielen Dank. Ich sehe, es kommen auch einige Fragen zu dem Thema Post-Covid. Herr Sander, Sie waren an einigen Post-Covid-Studien beteiligt. Wir könnten dieses Thema für Sie noch mal auslagern und eine Extraveranstaltung dazu machen, weil da so viele Fragen kommen. Aber vielleicht können wir ein paar auch jetzt schon beantworten. Herr Sander, ich weiß nicht, geben Sie mir kurz ein Zeichen, ob ich das reinbringen soll. Vor allem ist ja auch die Frage: Gibt es Daten, dass eine erneute Impfung das Risiko an Long- oder Post-Covid zu erkranken, reduziert? Also wenn man sich noch mal impfen lässt. Aber auch die Frage: Wenn ich schon geimpft bin oder die Infektion hatte, wie groß ist dann das Risiko, auch jetzt bei einer erneuten Infektion noch mal an Post-Covid zu erkranken?

Leif-Erik Sander [00:34:19]

Ja, da muss man schon fast wieder ein bisschen weiter ausholen. Sie haben es schon angedeutet, da kann man eine Veranstaltung dazu machen. Das ganze Thema krankt an einigen grundlegenden Faktoren. Einmal Datengrundlagen, die schwierig sind, weil teilweise einheitliche Definitionen dieses Krankheitsbildes fehlen. Es ist so, dass wir natürlich dieses Phänomen haben und dass es einige Studien gibt, die zeigen, dass das Risiko bei immunnativen Personen höher war als bei geimpften Personen, dass das aber nicht gleich Null ist. Und die genaue Zahl kann ich Ihnen nicht mitteilen. Aber eine Impfung oder eine bestehende Immunität schützt zu einem gewissen Teil vor dem Ausbilden dieser Folgeerkrankungen. Was neben Long- und Post-Covid sicherlich ein medizinisches Problem ist, was ich aber unbedingt mal erwähnen möchte, was in dieser ganzen Diskussion total untergeht, ist die Tatsache, dass ganz andere Erkrankungen, die viel besser greifbar sind, wie zum Beispiel Herzinfarkte, Schlaganfälle, nach Virusinfektionen wie der Grippe, auch nach anderen Pneumonien, also Lungenentzündungen durch Bakterien, da wissen wir das schon lange. Und eben auch nach COVID-19 [kann Post-Covid] bis zu zwölf Monate später gehäuft auftreten. Und dass eben ein bestehender Impfschutz oder eine medikamentöse Behandlung, und da kann vielleicht auch Professor Kluge noch was zu sagen, dieses Risiko eben auch senken kann. Das heißt, wir haben sekundäre Krankheitsfolgen, wie zum Beispiel Post- und Long Covid, aber insbesondere auch kardiovaskuläre Folgen, die gehäuft auftreten und die man durch Impfungen effektiv reduzieren kann. Da gibt es zur Influenza sehr, sehr beeindruckende Daten. Wenn Sie Patienten zum Beispiel nach einem Herzinfarkt Mittel gegen die Grippe impfen, dann sterben im folgenden Jahr wesentlich weniger Patienten an den Folgen dieses Herzinfarktes, weniger als bei denjenigen, die sich nicht haben impfen lassen. Also wir kennen diesen Zusammenhang zwischen Virusinfektionen und anderen Folgeerkrankungen, wie kardiovaskulären Erkrankungen, sehr gut. Und da ist COVID-19



nicht anders als andere Viren und andere Atemwegserreger, die das auch auslösen können. Und von dem, was wir bisher über Long- und Post-Covid kennen – das sind sehr heterogene Krankheitsbilder – da sind Immunantworten involviert, da ist vielleicht auch Antigenpersistenz an einigen Stellen involviert, da sind mitochondriale Fehlsteuerungen involviert. Und sehr viel davon könnte man sich schon dadurch erklären, wenn Sie eine vorbestehende Immunität durch eine Impfung haben, wird insgesamt weniger Virus gebildet. Dann fällt die Immunantwort auch anders aus, als wenn sie vollkommen ungeschützt Kontakt mit diesem Virus haben. Und dann ist es wissenschaftlich für mich vollkommen plausibel, dass auch das Risiko, an solchen Folgeerkrankungen zu leiden, reduziert wird. Aber die genauen Zahlen sind wirklich sehr, sehr schwierig zu erheben. Schon allein die Inzidenz dieses Krankheitsbildes – da kann man sich sehr schwer darauf einigen, weil die Definitionen schwierig sind, weil sogenannte Kontrollgruppen fehlen. Das ist ein Problem. Aber das exakt zu beziffern, ist schwierig. Ich glaube, wenn man sich darüber Sorgen macht, dann gibt es auch andere Methoden, sich vor Infektionen zu schützen. Und die Impfung ist sicherlich auch eine gute Maßnahme.

Moderatorin [00:37:31]

Genau. Weitere Methoden, dazu komme ich gleich. Aber erst mal Sie, Herr Kluge.

Stefan Kluge [00:37:36]

Ja, das würde ich unterstreichen. Ich glaube, die Impfung ist wirklich elementarer Bestandteil, sich vor einem schweren Verlauf zu schützen. Und auch vor Long Covid, das ist eine. Und wir sollten natürlich schon versuchen, uns nicht zu infizieren. Das ist ganz klar. Und das heißt, wir haben es ja schon gesagt, wer Krankheitssymptome hat, sollte zu Hause bleiben. Und natürlich auch, wenn ich dann irgendwo hinmuss, Bus, Bahn, und habe Erkältungssymptome, da muss ich mich natürlich schützen. Und dann ist das Tragen einer Maske natürlich absolut sinnvoll. Leif Sander hat es gesagt, Long Covid ist schwierig zu definieren. Es sind mehr als 200 Symptome beschrieben. Das gibt es definitiv. Das gibt es auch bei anderen Viruserkrankungen und führt teilweise zu schweren, ja zu schwersten Symptomen, ganz klar. Es gibt auch Overlap mit anderen Erkrankungen, und manchmal steckt auch eine ganz andere Erkrankung dahinter, die sich dann erst entwickelt hat. Aber das gibt es und das wollen wir nicht. Das führt natürlich auch zu vielen Problemen für unsere Gesellschaft, und deswegen ist es nach wie vor sinnvoll, COVID-19-Infektionen zu vermeiden. Ich glaube, da sind wir uns alle einig.

Moderatorin [00:38:36]

Sie haben es ja gerade schon gesagt, Sie empfehlen das Tragen von Masken. Diese Frage kam nämlich auch, ob das Maskentragen wieder zu empfehlen ist jetzt im Winter, Herbst. Also um sich zu schützen, auch um andere zu schützen. Ja, das müssen Sie jetzt nicht noch mal bestätigen. Ich habe noch eine Frage, Frau Ciesek, die ein bisschen außerhalb ist. Weiß man, was gerade in China mit Corona passiert?

Sandra Ciesek [00:39:07]

Ehrlich gesagt, nein. So genaue Einblicke in das Land habe ich jetzt nicht. Ich weiß nicht, ob einer der Kollegen die hat. Es ist natürlich immer am einfachsten, wenn man direkte Kontakte in das Land hat. Aber der Austausch mit China ist einfach schwierig geworden in den vergangenen Jahren, sage ich mal so generell, auch wissenschaftlich. Und ich habe da keine genauen Informationen.



Moderatorin [00:39:30]

Eine weitere Frage, die an Sie gerichtet ist, noch einmal zu der Surveillance. Es wird kaum getestet, es wird wenig sequenziert. Das Abwasser-Monitoring ist auch noch nicht so ganz etabliert. Wie sehr ärgert Sie das? Und ist dieser Datenmangel aus Public-Health-Sicht überhaupt ein Problem oder überhaupt noch ein Problem?

Sandra Ciesek [00:39:50]

Ja, das ist eine gute Frage. Also ich glaube, für den Einzelnen hat das kaum eine Auswirkung. Für Herrn Müller in Frankfurt oder so. Mich selber ärgert es schon ein bisschen, weil ich natürlich gerne einen Überblick haben möchte. Ich bin ja auch Virologin und immer [daran interessiert] neue Isolate zu isolieren und zu schauen, wie die sich im Labor in Zellkultur verhalten. Ich möchte abschätzen können, was da für Probleme auf uns zukommen. Und da sind einem so ein bisschen die Hände gebunden, weil wir eben kaum noch testen und weil wir aus finanziellen Gründen kaum noch sequenzieren. Ob das ein Problem ist, weiß ich nicht, weil die anderen Länder, haben wir ja vorhin gesagt, die machen das ja für uns im Moment. Und es wird da auch nicht anders sein als hier. [Die Frage ist], denke ich mal, was man sich da als Gesellschaft leisten will und wieviel Geld man in das Testen stecken will. Ich glaube, es macht für das Individuum keinen großen Unterschied. Dann kommen die Daten aus dem Ausland. Aber ich persönlich, ich finde es schade, jetzt als Virologin nicht mehr machen zu können und mehr Möglichkeiten zu haben.

Moderatorin [00:41:15]

Herr Kluge, auch noch eine Nachfrage an Sie zu dem, was Sie gerade gesagt haben. Ist es wirklich unrealistisch, sich nicht zu infizieren ohne Maßnahmen, Masken und so weiter? Selbst wenn man darauf achtet, ist die Wahrscheinlichkeit doch sehr stark, dass man sich in der kommenden Saison infizieren wird, oder?

Stefan Kluge [00:41:39]

Ja, natürlich ist das Risiko, wenn wir alle Masken tragen würden, in jeder Situation, wo wir Kontakt haben mit anderen ... dann reduzieren wir das Risiko für Infektionserkrankungen. Das haben wir auch gesehen. Das gilt natürlich auch für Grippe, für RSV und viele weitere Infektionen. Aber das ist eine gesellschaftliche Frage. In den sozialen Medien wird man, wenn man zum Thema Masken was sagt, von der einen oder anderen Seite sehr stark angefeindet. Wenn man im Krankenhaus während der ganzen Schicht mit FFP2-Maske arbeitet, ist das auch eine Belastung für die Mitarbeitenden. Da schreien jetzt alle wieder: Aber denken Sie denn gar nicht an die Patienten? Wir müssen auch an die Mitarbeiter denken. Wir müssen an soziale Kommunikation mit älteren Patienten denken, mit Kindern und so weiter. Die Maske hat ja nicht nur Vorteile, und es muss halt irgendwie gerechtfertigt sein. Insofern, glaube ich, muss man das je nach aktuellem Infektionsgeschehen und nach der Situation auch in den Krankenhäusern und Praxen entscheiden. Und wenn man dann sagt, in gewissen Bereichen, gerade im medizinischen Bereich, machen wir eine Maskenpflicht für Mitarbeiter und Patienten, dann ist das sicherlich auch angemessen. Aber es ist eine gesellschaftliche, eine politische Entscheidung, weil das nicht ganz so trivial ist, das haben wir ja gesehen. Und es muss auch umgesetzt werden. Wie viele Menschen haben wir gesehen, die die Maske falsch getragen haben? Also es nützt ja nichts, sich da irgendwas aufzusetzen. Das ist schon eine Intervention, die man sehr kontrovers diskutieren kann. Das schützt definitiv. Aber ich glaube, wir sollten das im Herbst und Winter situationsangepasst machen. Zum jetzigen Zeitpunkt ist das Infektionsgeschehen für eine generelle Maskenpflicht im öffentlichen Verkehr oder in Krankenhäusern, ich sage das mal so ganz klar, nicht ausgeprägt genug.



Sandra Ciesek [00:43:24]

Ich würde da gerne noch was ergänzen. Ich werde das oft gefragt. Das ist eine der häufigsten Fragen im Moment. Und ich denke, zum einen lohnt es sich für die Menschen selbst, wenn sie Vorerkrankungen haben oder auf einer Warteliste zur Transplantation stehen, dann würde ich auf jeden Fall eine Maske tragen. Denn wenn dann ein Angebot kommt, möchte ich ja nicht gerade Corona haben. Man kann sich halt durch eine FFP2-Maske sehr gut schützen. Das machen ja die Pflegenden im Krankenhaus genauso und werden ja auch nicht von jedem Patienten infiziert. Und zum anderen lohnt es sich aber auch für alle von uns, wenn man zum Beispiel eine Reise plant oder eine Hochzeitsfeier oder wenn man irgendwelche wichtigen Events hat, dass man davor, um nicht krank zu sein und Krankheit zu riskieren, ein bisschen drauf achtet. Wenn es sehr eng wird oder sehr viele Menschen zusammenkommen, gerade in der Zeit, wenn die Infektionen hochgehen, [dann ergibt es Sinn,] dann selber eine Maske zu tragen, um sich zu schützen. Das gilt immer noch und das ist sicherlich sinnvoll. Ich glaube nur, dass das viele nicht mehr wollen und machen wollen. Dann müssen sie mit den Konsequenzen, sage ich mal, leben. Aber es ist nicht falsch. Also wenn jemand sagt, ich habe nächste Woche eine wichtige Reise und habe da viel Geld investiert und viel Zeit und möchte dann auf jeden Fall nicht krank sein – sich davor mit einer Maske zu schützen, ist sicherlich nicht verkehrt in der U-Bahn.

Moderatorin [00:44:47]

Herr Sander, zur Zukunft mit Blick auf die Impfstoffe vor allem. Es wird ja weiterhin ganz viel an Impfstoffen geforscht. Jetzt wird der Impfstoff saisonal angepasst. Gibt es einen Ausblick darauf, ob es irgendwann mal einen generellen Impfstoff gegen SARS-CoV-2 geben wird?

Leif-Erik Sander [00:45:08]

Also das stimmt. Wir sind jetzt in so einen Modus wie bei der saisonalen Grippeimpfung gekommen, dass wir jetzt immer eine Empfehlung bekamen von den Behörden, den Impfstoff anzupassen, um dann im Herbst einen neuen Varianten-angepassten Impfstoff zu haben. Es kann auch sein, dass das noch ein paar Jahre so weitergeht. Es wird parallel an Pan-Coronavirus- oder zumindest Pan-Sarbecoviren oder SARS-CoV-2-Virus-Impfstoffen geforscht. Es gibt auch Bestrebungen, Impfstoffe zu machen, die noch eine stärkere T-Zell-Immunität auslösen sollen. Ein paar Ergebnisse sind nicht schlecht, aber das haben wir bei der Grippe auch schon ganz, ganz lange probiert. Da sind wir mittlerweile auch auf einem guten Weg. Aber es hat sehr lange gedauert, bis man da gute Ergebnisse erzielt hat. Ich würde jetzt nicht davon ausgehen, dass wir in den nächsten Jahren das haben. Aber es sind generelle Bestrebungen, dass wir Impfstoffe gegen diese variablen Viren entwickeln, die quasi an Stellen angreifen, die die Viren nicht gut verändern können und die uns schützen. Aber, und das möchte vielleicht abschließend noch mal sagen, wir haben jetzt im Grunde schon Impfstoffe, die die allermeisten von uns sehr gut schützen. Wir haben eine sehr starke Immunität aufgebaut – unsere T-Zell-Immunität zum Beispiel, aber auch das Immungedächtnis bei den Antikörpern ist sehr stark. Und deswegen ist auch die Fallsterblichkeit und die Gefährlichkeit dieses Virus für jeden Einzelnen deutlich reduziert worden im Vergleich zu der Zeit, bevor wir geimpft waren. Insofern geht es jetzt um Optimierung, es geht um optimalen Schutz gerade von Risikogruppen. Und noch eine weitere Senkung. Denn natürlich jeder Todesfall, jede schwere Erkrankung ist eine zu viel. Und wenn man mit einer relativ einfachen Intervention wie einer Impfung das senken kann, glaube ich, sollte man das machen. Aber wir haben schon sehr guten Impfstoff, der – und das hat man gesehen – uns auch gegen all diese Varianten sehr gut vor den schweren Verläufen geschützt hat. Das Virus verändert sich sehr rapide. Trotzdem ist es so – und das kann ich bestätigen, was Herr Kluge gesagt hat – bei uns auf der Intensivstation sind es sporadische Fälle



von Patienten, die noch mal so schwer erkranken, häufig Patienten mit Immunschwäche. Und von daher haben die Impfungen schon sehr guten und auch breiten Schutz geliefert.

Moderatorin [00:47:24]

Sie haben die T-Zell-Immunität angesprochen, die uns davor schützt, langfristig nicht schwer an Corona zu erkranken. Wissen Sie schon, wie lange diese T-Zell-Immunität vorherrscht und ab wann auch nicht gefährdete Menschen sich irgendwann doch mal boostern lassen müssten?

Leif-Erik Sander [00:47:44]

Ja, da haben wir Ergebnisse aus eigenen Studien, die haben wir im Verlauf gemessen. Es ist immer etwas aufwändiger die T-Zellen zu messen als Antikörper. Dafür brauchen sie wirklich lebende Zellen und die müssen auch wieder auf Stimulation reagieren und so weiter. Das ist technisch ein bisschen aufwendiger. Deswegen gibt es auch nicht so viele standardisierte Tests dafür, um seine eigenen T-Zellen zu messen. Da gibt es zwar kommerzielle Tests, die haben aber nicht so eine starke Aussagekraft. Aber insgesamt sieht man, dass die Antworten sehr robust sind. Es gibt Bevölkerungsgruppen oder Patientengruppen, bei denen die Antworten etwas schwächer sind. Zum Beispiel bei den etwas Älteren ist die Antwort einfach ein bisschen schwächer als bei jüngeren Menschen. Und wiederholte Impfungen können die auch immer noch mal auf ein höheres Niveau bringen. Aber insgesamt ist das eine sehr stabile Antwort. Und da gibt es eben ein Gedächtnis und das ist genau das, was die T-Zellen machen sollen, die sollen ein Gedächtnis ausbilden und dann sich bei Bedarf sich schnell wieder teilen können und sozusagen die Virus-infizierten Zellen attackieren können. Also das ist eigentlich eine gute Nachricht an alle. Wir haben eine sehr robuste T-Zell-Immunität. Wir werden es im Verlauf messen und es kann schon sein, dass man nach ein paar Jahren sagt, dass es auch ein niedrigeres Niveau zurückgegangen. Aber das ist eben der Clou an unserem Immunsystem. Es kann eigentlich, wenn es gut geprägt wird, über Jahre und Jahrzehnte dieses Immungedächtnis ausbilden.

Moderatorin [00:49:11]

Ja, vielen Dank. Wir sind jetzt mit der Zeit auch am Ende. Ich möchte noch einmal eine schnelle Abschlussrunde machen, ein, zwei, drei Sätze dazu. Frau Ciesek, wie blicken Sie mit ihrer virologischen Perspektive auf den Herbst?

Sandra Ciesek [00:49:28]

Ja, das wurde jetzt schon mehrmals auch gesagt. Ich denke der Herbst/Winter wird im Krankenhaus sicherlich wieder anstrengend, auch für einige, die auf jeden Fall eine Infektion durchmachen werden. Und ich rechne damit, dass viele von uns in den nächsten Monaten noch mal eine Corona-Infektion haben werden.

Moderatorin [00:49:45] Ja, Herr Kluge.

Stefan Kluge [00:49:48]

Ich glaube, wir können davon ausgehen, dass irgendwann im Herbst/Winter vermehrt Atemwegsinfektionen zirkulieren, die auch zu einer Belastung des Gesundheitswesens führen. Ich glaube nicht, dass diese so hoch werden wird – auch nur annähernd so hoch – wie in den Pandemie Jahren. Aber



press briefing

der Mitarbeitermangel, der Fachkräftemangel, der wird uns natürlich weiterhin zu schaffen machen. Das ist in den Krankenhäusern unser größtes Problem. Und der wird natürlich durch Infektionswellen noch mal verschlechtert. Insofern ist das so meine große Sorge, die ich vor dem Herbst/Winter habe.

Moderatorin [00:50:22] Ja. Wie blicken Sie auf den Herbst, Herr Sander?

Leif-Erik Sander [00:50:24]

Ich schließe mich dem an. Wir werden wieder vermehrt Atemwegsinfekte bekommen, diese bekommen wir immer. Wir merken es aber immer stärker, weil sich auch durch die Pandemie die strukturellen Probleme im Krankenhaus oder im Gesundheitswesen insgesamt verstärkt haben. Das betrifft übrigens auch den ambulanten Sektor, die werden es auch sehr stark merken. Und es gibt – und das ist wirklich die gute Nachricht – extrem wirksame, sichere Impfstoffe. Die haben uns aus den schweren Zeiten der Pandemie geführt. Und es gibt jetzt an Varianten adaptierte Impfstoffe – von mehreren Herstellern im Übrigen. Und dieses Angebot steht. Und ich kann da wirklich nur an alle appellieren, die laut Empfehlungen dafür infrage kommen, das Angebot wirklich wahrzunehmen und am besten auch gleich mit der Grippe zu kombinieren. Auch bei anderen Viren haben wir positive Nachrichten: RS-Viren zum Beispiel, da gibt es jetzt zugelassene Impfstoffe. Auch das sind Viren, die viele alte Menschen oder vorerkrankte Menschen ins Krankenhaus bringen, und auch zu schweren Krankheitsverläufen führen. Also damit kann man sich schützen. Und zu den Masken stehe ich wie meine Vorredner. Das ist ein probates Mittel, um sich selbst zu schützen. Es kann Situationen geben mit sehr vielen Menschen, in denen die Maske wieder ein gutes Mittel sein kann, um Infektionsrisiko zu reduzieren. Wir sind aus der Pandemie raus, aber die Viren sind noch da.

Moderatorin [00:51:39]

Ja, vielen herzlichen Dank. Damit möchte ich das Press Briefing schließen. Sie haben aber schon wieder ein Schlagwort gegeben, und zwar das RS-Virus. Zu RSV und den Impfstoffen und allem drumherum wird es am 18. September von uns auch ein Presse Briefing geben. Das können Sie sich schon mal vormerken. Die Einladung folgt aber alsbald. Und damit möchte ich nun schließen und noch einmal darauf hinweisen: das Video finden Sie in ein paar Stunden bei uns auf der Webseite und ein maschinell erstelltes Transkript können Sie unter redaktion@sciencemediacenter.de sofort anfordern. Ansonsten erstellen wir das heute im Laufe des Tages aber auch noch. Ich bedanke mich bei den Kolleg*innen für Ihre Fragen. Ich bedanke mich bei den drei Expert*innen, die hier da waren, dass sie sich die Zeit genommen haben und die Fragen der Journalist*innen beantwortet haben. Ich wünsche allen einen schönen Tag und bis zum nächsten Mal: Auf Wiedersehen.



press briefing

Ansprechpartnerin in der Redaktion

Annegret Burkert

Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail redaktion@sciencemediacenter.de

Impressum

Die Science Media Center Germany gGmbH (SMC) liefert Journalisten schnellen Zugang zu Stellungnahmen und Bewertungen von Experten aus der Wissenschaft – vor allem dann, wenn neuartige, ambivalente oder umstrittene Erkenntnisse aus der Wissenschaft Schlagzeilen machen oder wissenschaftliches Wissen helfen kann, aktuelle Ereignisse einzuordnen. Die Gründung geht auf eine Initiative der Wissenschafts-Pressekonferenz e.V. zurück und wurde möglich durch eine Förderzusage der Klaus Tschira Stiftung gGmbH.

Nähere Informationen: www.sciencemediacenter.de

Diensteanbieter im Sinne MStV/TMG

Science Media Center Germany gGmbH
Schloss-Wolfsbrunnenweg 33
69118 Heidelberg
Amtsgericht Mannheim
HRB 335493

Redaktionssitz

Science Media Center Germany gGmbH
Rosenstr. 42-44
50678 Köln

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer

Volker Stollorz

Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des §18 Abs.2 MStV

Volker Stollorz

