

Gesundheit

Wenig schwere Covid-19-Verläufe bei Jüngeren

In den USA häufen sich die Aufnahmen in Kinderkliniken. Für Deutschland gibt ein Kölner Kinderarzt Entwarnung

MIRAY CALISKAN

Es sind vor allem Bilder aus den USA, die beunruhigen, Angst einflößen. Kleine Körper, die angeschlossen sind an Dutzende Kabel und große Monitore, wie ein Foto von einem erst zwei Monate alten Kind in einem Krankenhaus in Louisiana, veröffentlicht von der New York Times. Kinderkliniken in vielen US-Bundesstaaten verzeichnen seit einigen Wochen einen runden Anstieg der Patientinnen und Patienten mit schweren Corona-Verläufen. Pädiatrische Spezialisten berichten, dass die Kranken immer jünger würden, viel härter als in der Vergangenheit von Corona betroffen seien. Von einer „Epidemie der Jüngsten“ wird gesprochen. Eine Warnung für Deutschland?

Situation in NRW angespannter

„Wir können in keiner Weise von einer bedrohlichen Situation sprechen“, sagt Jörg Dötsch, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Uniklinik Köln. „Im Moment werden bundesweit nach dem Register der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie zwischen zehn und 15 Kinder pro Woche mit Corona aufgenommen – bei mehr als 300 Kinderkliniken im ganzen Land ist das eine sehr geringe Anzahl“, sagt der Mediziner weiter. Im gesamten Monat August sei demnach ein Kind mit einem schweren Covid-19-Verlauf auf einer deutschen Intensivstation behandelt worden. In Nordrhein-Westfalen – dem bevölkerungsreichsten Bundesland mit der höchsten Inzidenz Deutschlands – sei die Situation etwas angespannter. „In Köln zum Beispiel haben wir in der Altersgruppe der Schulkinder eine Inzidenz von 400. In unserer Klinik muss aktuell ein Kind wegen einer Corona-Erkrankung stationär behandelt werden, aber ihm geht es gut“, so Dötsch weiter.

Absolute Fallzahlen des Robert-Koch-Instituts (RKI) zeigen, dass in der 33. Kalenderwoche 2021 bei insgesamt 54 Kindern zwischen null und vier Jahren, bei 42 Kindern zwischen fünf und 14 Jahren und bei 296 Jugendlichen und Erwachsenen zwischen 15 und 34 Jahren eine Hospitalisierung vorlag. „In die Daten werden die jungen Menschen aufgenommen, weil bei ihnen ein positiver Sars-CoV-2-Befund festgestellt wurde. Aber ein Test, der positiv ausfällt, bedeutet

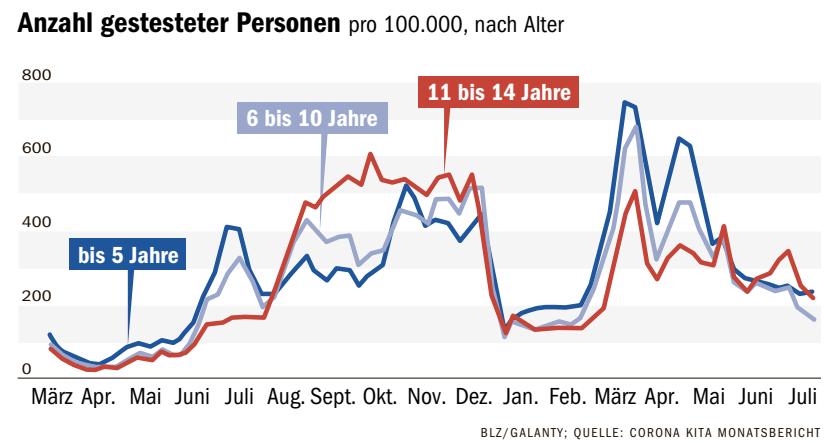


Kinderkliniken in vielen US-Bundesstaaten verzeichnen seit einigen Wochen einen runden Anstieg der Patienten mit schweren Corona-Verläufen.

AP/GERALD HERBERT

nicht automatisch, dass die Kinder auch Corona-spezifische Symptome entwickeln. Diese Differenzierung zwischen Befund und Krankheit wird in den Daten nicht gemacht“, erklärt der Kölner Klinikdirektor. Eine Schätzung sei, dass auf zehn Kinder mit einem positiven Abstrich ein Kind mit Covid-19-Erkrankung komme. „Das stimmt dann auch mit unserer Beobachtung von zehn bis 15 Kindern in der Woche überein“, sagt er.

Bislang seien dem RKI 23 validierte Covid-19-Todesfälle bei



unter 20-Jährigen übermittelt worden. Diese Kinder und Jugendlichen seien zwischen null und 19 Jahre alt gewesen, 16 hätten bekannte Vorerkrankungen gehabt. Die Todesfälle bei unter-20-Jährigen würden einzeln vom RKI geprüft und validiert, sodass es unter Umständen noch zu Veränderungen kommen kann.

Wieso die Lage in den USA so viel dramatischer ist als in Europa – dafür hat der Kinderarzt Jörg Dötsch mehrere Erklärungen: „In den Vereinigten Staaten gibt es zum einen

große hispanische und afroamerikanische Bevölkerungsgruppen, die im Vergleich zu weißen Bevölkerungsgruppen erheblich schwerere Covid-19-Verläufe haben“, sagt er. „Warum das so ist, das weiß man noch nicht ganz genau.“ Dort gebe es auch viel mehr Menschen mit Adipositas. Von schwerem Übergewicht seien auch viele Kinder und Jugendliche betroffen – ein großer Risikofaktor für einen ernsten Krankheitsverlauf.

„Ein weiterer Grund: Die USA haben zwar in der Spur ein sehr gutes Gesundheitssystem, aber nicht für die Breite der Bevölkerung. Für arme Menschen und solche ohne Versicherung zum Beispiel ist der Zugang zu einer gesundheitlichen Versorgung extrem erschwert.“ Deshalb würden sie gar nicht oder zu spät zum Arzt gehen, in der Corona-Krise habe sich die Situation zugespitzt. Auch die Datengrundlage sei dort oft lückenhaft. „Es gibt große regionale Unterschiede, was zum Beispiel die Inzidenzen angeht. Mancherorts kennt man diese überhaupt nicht. Entsprechend spät werden Maßnahmen ergriffen.“ Das spiegelt sich auch in der Bereitschaft der Bevölkerung wider, die Lage ernst oder weniger erst zu nehmen.

Sorge vor einem anderen Virus

Wie wird sich die Situation in Deutschland nun entwickeln? Im Moment liegt die Hauptursache, dass ein junger Mensch mit einer Erkrankung stationär aufgenommen werden muss, nicht bei Sars-CoV-2, sondern bei anderen Atemwegserkrankungen wie der Infektion mit dem Respiratorischen Syncytial-Virus. Das RS-Virus verursacht bei Erwachsenen und älteren Kindern erkältungähnliche Symptome wie Schnupfen, Husten oder Halsbeschwerden und Fieber. Bei Säuglingen und Kleinkindern bis zum Alter von drei Jahren kann eine Infektion allerdings schwerer verlaufen und zu einer Entzündung der kleinen Bronchien oder einer Lungenentzündung führen.

Ein Risiko für eine RSV-Infektion haben Frühgeborene, Säuglinge mit geschwächtem Abwehrsystem oder anderen Grunderkrankungen. „Eltern sollten also gar nicht so sehr auf spezifische Symptome von Covid-19 achten, sondern darauf, ob ihr Kind schwer atmet“, sagt Dötsch. „Im Krankenhaus werden dann verschiedene Tests durchgeführt und das Kind wird zielgerichtet behandelt.“

Warum Krankenhäuser dichtgemacht werden sollen – und was dagegen spricht

TU-Professor Reinhart Busse und Ex-Klinikmanager Klaus Emmerich debattieren über eine Klinikreform

CHRISTIAN SCHWAGER

Reinhart Busse wird es wohl nie tragen, obwohl das Logo vorne auf dem T-Shirt dem Professor der Technischen Universität Berlin gefällt: Ein Kreuz ist darauf abgebildet, zur Hälfte rot, zur Hälfte aus stilisierten Heftplastern. Darunter allerdings steht der Schriftzug „Bündnis Klinikrettung“ und auf der Rückseite der Hinweis, dass die Schließung von Krankenhäusern die Gesundheit gefährden, schwarz umrandet wie die Warnhinweise auf Zigarettenpackungen.

Das sieht Busse anders. In diversen Studien hat der Mediziner und Gesundheitsökonom dargelegt, dass weniger Standorte mehr Qualität bedeuten. Das wiederum sieht Klaus Emmerich anders. Vor einem Jahr noch war er Vorstand zweier kommunaler Krankenhäuser in Bayern und engagiert sich in dem Bündnis mit dem Kreuz im Logo. Am Mittwoch, als das T-Shirt den Besitzer wechselt, im Berliner Hotel Albrechtshof, haben Emmerich und

Busse in einem Streitgespräch ihre Standpunkte ausgetauscht.

Am Ende ließ sich sogar Übereinstimmung erkennen. „Wir brauchen eine Klinikreform“, hat Emmerich gesagt. Und die Andeutung eines kleinsten gemeinsamen Nenners gab es auch. Akzeptieren könnte Emmerich 20, 30 Prozent mehr ambulanter, statt stationärer Versorgung in den Krankenhäusern der kleinsten Kategorie, der Grund- und Regelversorgung, wie sie vor allem auf dem Land zu finden sind. Noch. Denn wenn es nach Busse und seinen Gutachten geht, sollen diese durch ambulante Versorgungszentren ersetzt werden.

Derzeit, sagt Busse, gibt es in Deutschland 1450 Krankenhäuser mit einer Akutversorgung, die insgesamt auf 420.000 Betten kommen. Im Durchschnitt deckt jedes Haus ein Gebiet von 57.000 Einwohner ab. Gravierende Unterschiede gibt es zwischen Provinz und Metropole. Berlin allein verfügt über 51 Kliniken. Busse sagt, dass viele Krankenhäuser nicht für die Be-



Das Bündnis Klinikrettung demonstriert auf dem Alexanderplatz.

der Bürger in jedem Winkel des Landes einen Anspruch“. Emmerich möchte daher auch kleinere Kliniken für die Anforderungen an moderne Medizin wappnen, statt sie dichtzumachen. „Wenn ein ländliches Krankenhaus schließt“, sagt er, „entfällt nicht nur die stationäre Versorgung, sondern auch die ambulante fachärztliche Versorgung.“ In strukturschwachen Gebieten fehlten nämlich Fachärzte. Busses Konzept führt dazu, „dass ganze Regionen bei der medizinischen Versorgung zu Regionen zweiter Klasse werden“.

Aus dieser Perspektive verfügt der Hinweis der Befürworter von Klinikschließungen nicht, vor der Corona-Pandemie seien bundesweit nur 75 Prozent der Betten belegt gewesen. In der Ausnahmesituation habe das System seine Kapazitätsgrenzen erreicht, teilweise sogar überschritten, sowohl bei den verfügbaren Betten als auch bei den Pflegekräften, sagt Emmerich, der damit zum ökonomischen Teil des Problems kommt – zu den Fallpau-

schalen, den DRGs. „Mit ihrer Einführung sind Krankenhäuser zu Unternehmen geworden, die rentabel sein müssen“, sagt er. „Das hat zu einer geringeren Personalausstattung und einer Arbeitsverdichtung geführt.“

Fallpauschalen decken Behandlungskosten ab. Dabei gibt es lukrative und weniger lukrative Eingriffe. Berechnungsgrundlage sind Kliniken mit 400 Betten. Je größer jedoch ein Krankenhaus ist, desto mehr erwirtschaftet es durch Behandlungen und kann besser die Vorhaltekosten finanzieren: die Ausgaben für Bereitschaftsdienste rund um die Uhr und eine Notaufnahme.

Die DRGs setzen Fehlanreize, da sind sich Emmerich und Busse einig. Busse möchte das Grundprinzip beibehalten, Emmerich zur Selbstkostenfinanzierung zurückzurufen.

„Wir sollten“, sagt Emmerich am Ende, „gemeinsam neue Wege finden.“ Das dürfte schwierig werden, dieser Abend hat das gezeigt.

handlungen qualifiziert seien, die sie anbieten. Gravierend wirke sich der Qualitätsmangel bei Krebspatienten aus. Busse sagt: „55 Prozent der Patienten werden in Krankenhäusern versorgt, die kein Krebszentrum haben. Bei Bauspeichelkrebs sind es sogar 70 Prozent.“

„Der große Plan ist, dass Krankenhäuser nur die Patienten behan-

deln, für die sie ausgerüstet sind“, sagt Busse und fordert: „Weniger Krankenhäuser mit gebündeltem Personal und gebündelter Ausstattung.“

Emmerich dagegen lehnt eine solche Konzentration ab, weil sie die Kosten in die Höhe treiben würde und eine Unterversorgung drohe. Stationäre Versorgung aber „ist Daseinsfürsorge. Darauf hat je-