



Interview mit

## Prof. Dr. Stefan Schreiber

**Direktor der Klinik für  
Innere Medizin I –  
Universitätsklinikum  
Schleswig-Holstein**



Foto: SoulPicture

### **Die Corona-Pandemie und mögliche Auswirkungen**

**Vita:** Professor Schreiber studierte Medizin an den Universitäten Hamburg, der University of California in San Diego und der Harvard University. In Hamburg wurde er von 1987 bis 1994 zum Internisten und Gastroenterologen ausgebildet. Danach wechselte er an die Charité in Berlin. Schreiber habilitierte dort 1996. 1998 erhielt er einen Ruf an die Christian-Albrechts-Universität in Kiel, als Professor für Innere Medizin und Gastroenterologie. Seit 2005 ist er C4-Professor und Direktor des Instituts für Klinische Molekularbiologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, seit 2009 Direktor der Klinik für Innere Medizin I. Schreiber war Dekan der Medizinischen Fakultät von 2006 bis 2013.

#### Wissenschaftliche Schwerpunkte:

1994 gründete er eine Forschungsgruppe mit dem Themenschwerpunkt genetische Ätiologie und molekulare Pathophysiologie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (Morbus Crohn). So wurde u.a. unter anderem eines der wesentlichen Gene entdeckt, dessen Mutationen Morbus Crohn hervorruft. Schreiber arbeitet ferner auf den Gebieten anderer chronisch entzündlicher Barriere-Erkrankungen, Gallensteinleiden, Kolorektales Karzinom und der Langlebigkeit. In seiner Arbeitsgruppe wurde auch das „Altersgen“ FOXO3 entdeckt.

#### Auszeichnungen:

Professor Schreiber wurde 1995 mit dem Theodor-Frerichs Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), 1998 mit dem Martin-Gülzow-Preis der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und 2005 mit dem Wissenschaftspreis der Stadt Kiel ausgezeichnet.

Mit Professor Schreiber (**SS**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

**JFR:** Wir erleben gerade eine Pandemie weltweiten Ausmaßes. Was macht das SARS-CoV-2-Virus so gefährlich? Wie hoch ist die Infektiosität?

**SS:** Der Verlauf der Pandemie ist gar nicht so ungewöhnlich. Auch die spanische Grippe hat einen ähnlichen Verlauf für die Kontinente genommen. Wir erleben dieses hier eher wie im Zeitraffer, der durch den lebhaften Flugverkehr verursacht wird. Zu der Frage der Infektiosität kann sich eher ein Virologe äußern. Für mich sieht das so aus, als ob unter geeigneten Umständen bereits geringe Mengen an Virus ausreichen, um eine Infektion auszulösen. Das Virus hat dann natürlich auch eine unvorbereitete Gesellschaft getroffen, in der eine Sozialhygiene für Atemwegserkrankungen zuvor nicht geübt wurde.

**JFR:** Für welchen Personenkreis kann das Virus besonders gefährlich, ja sogar tödlich werden?

**SS:** Schwere Erkrankungsformen können bei jedem Personenkreis entstehen, auch bei Jugendlichen und Kindern. Als allgemeine Risikofaktoren wurde eine Reihe von Vorerkrankungen identifiziert (zum Beispiel Übergewicht, Diabetes, kardiale und pulmonale Vorerkrankungen, Erkrankung der Leber und der Niere). Ein medikamentöser Risikofaktor ist die reduzierte Glucocorticoid-Therapie. Mit Vorliegen dieser Risikofaktoren verläuft die Erkrankung öfter schwer oder bis zum Tod.

**JFR:** Viele schwer Betroffene müssen beatmet werden. Dabei steht wohl das infektiös bedingte Lungenversagen im Vordergrund. Immer häufiger diskutieren Kliniker über den richtigen Zeitpunkt. Wie problematisch ist die künstliche Beatmung bei einer massiv vorgeschädigten Lunge?

**SS:** Bei COVID-19 denkt jeder erst einmal an die Lunge. In Wirklichkeit handelt es sich aber um eine System-Erkrankung in der zum Beispiel das Endothel des Gefäßsystems befallen wird. Dadurch ist auch das Versagen multipler Organsysteme, wie auch der schwere Lungenbefall selbst zu erklären. Bei schweren Verläufen kommt es zu einem Zytokin-Sturm und dann auch zur Ausbildung von Mikrothromben in den kleinen Kapillaren, die dann in der Lunge zum Beispiel den Gasaustausch erheblich beeinträchtigen. Natürlich ist die

künstliche Beatmung nicht unproblematisch. Eine Beatmung ist immer unphysiologisch und führt schon durch die mechanische Belastung selbst zu weiteren Beschädigungen. Bei COVID-19 ist eine Beatmung oft nicht vermeidbar. Eine besondere Herausforderung ist, dass oft die Beatmung über längere Zeit durchgeführt werden muss. Gerade das führt zu der enormen Belastung der Intensivkapazitäten.

**JFR:** Die Corona-Pandemie hat die Prävention wieder ganz nach oben katapultiert. Wir erfahren von allen Seiten, wie man sich am besten gegen eine solche Virusinfektion schützen kann. Wie sicher sind welche Empfehlungen?

**SS:** Nichts im Leben ist sicher. Trotzdem ist klar, dass eine Sozialhygiene insbesondere beim Vorliegen von Atemwegssymptomen die Weitergabe der Krankheit (egal, ob es sich um SARS-CoV-2 handelt oder eine Influenza) vermindert. Eigentlich haben wir in den letzten Jahren schon das Problem mit der Influenza nicht richtig adressiert. Durch einen Teil der jetzigen Maßnahmen (Mundschutz, frühes Home-Office, falls Atemwegssymptome auftreten) hätte sicher auch hier die Verbreitung eingeschränkt werden können. Es hat uns aber nicht interessiert, weil die Tausenden von Influenza-Toten in den Hinterzimmern der Intensivstationen verstorben sind.

**JFR:** Die Corona Pandemie hat auch dazu beigetragen, dass der Darmkrebsmonat März 2020 ganz in den Hintergrund getreten ist. Dabei rettet gerade die Darmkrebsprävention zuverlässig viele Menschenleben. Besteht die Gefahr, dass aus Sorge vor einer Ansteckung mit dem Virus Menschen Vorsorge nicht in Anspruch nehmen?

**SS:** Neben den Toten durch COVID-19 haben wir sicherlich noch einen zweiten Schaden im Gesundheitssystem zu beklagen. Viele Menschen nehmen in der Zeit wichtige diagnostische oder therapeutische Kontakte für andere Erkrankungen nicht wahr. Dazu gehört auch die Vorsorgekoloskopie. Man kann ausrechnen, dass es dadurch zu einer zweiten Todesfallwelle kommt, die allerdings COVID-19 unabhängig ist. Das ist hoch dramatisch. In Italien gab es einen Überschuss an Todesfällen durch nicht-COVID-19 Erkrankungen, der sicher noch größer war, als die Todesfälle durch COVID-19 selbst.

**JFR:** Was kann, was sollte man tun, um sich trotz dem Gehör zu verschaffen?

**SS:** Wir müssen jetzt alles tun, der Bevölkerung zu vermitteln, dass auch die „normalen“ zum Tode führenden Erkrankungen relevant sind. Das bedeutet, dass wir die Kapazitäten dafür in den Praxen und Krankenhäusern bereitstellen, aber gleichzeitig auch den Patienten die Sicherheit geben, dass eine Ansteckung im medizinischen Bereich sehr unwahrscheinlich ist.

**JFR:** Wie bewerten Sie die Vorschläge, in Endoskopie Abteilungen separate Einrichtungen für „Normalbürger“ und COVID-19-Infizierte oder Verdachtsfälle vorzuhalten? Sollten Personen vorher getestet werden?

**SS:** Die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit hat zu vielen sehr ungewöhnlichen Ideen geführt. Viele sind nicht durchdacht oder basieren auf einem laienhaften Verständnis der Erkrankung. Das betrifft leider auch einige Vorschläge unserer medizinischen Kollegen. Sicher werden wir den Infektionsschutz in den Krankenhäusern deutlich verstärken müssen. COVID-19 setzt Leitplanken, die wir nicht ignorieren können. In der Tat brauchen wir Wege, wie wir uns relativ schnell Gewissheit darüber verschaffen können, ob eine SARS-CoV-2 Infektion vorliegt. Das bedeutet, dass Untersuchungen in der Medizin aufwändiger werden und viel deutlicher als früher die Wege von Patienten getrennt werden müssen. Das wird uns auch große Schritte vorwärtsbringen, in Bezug auf die „üblichen“ Probleme z. B. mit MRSA oder Influenza. Die Idee, separate COVID-19 Krankenhäuser zu bauen halte ich für fehlgesteuert und übertrieben. Auch die aktuelle Erfahrung in New York hat gezeigt, dass separate (COVID-19 freie) Kliniken nicht vernünftig etabliert und in der Versorgung gehalten werden können. Das Beispiel betrifft die „USNS Comfort“, das 1.200-Bett-Hospitalschiff, das nach New York delegiert wurde.

**JFR:** Sollten Vorsorgeuntersuchungen jetzt ausgesetzt werden, was wäre ein passabler Rat?

**SS:** Wir sollten uns von etablierten und für das Überleben relevanten Vorsorgeuntersuchungen keinesfalls verabschieden. Allerdings werden wir sicher den einen oder anderen Optimierungsalgorithmus in der Medizin kritisch im Rahmen einer Neubewertung der Risiko-Nutzen-Relation verändern müssen. Wie viel pH-Metrie und Ösophagusmanometrie werden wir vor Reflux-Operationen in Zukunft durchführen? Wie viel Treat-to-Target werden wir uns bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen leisten?

**JFR:** Sollte tatsächlich ein Impfstoff zur Verfügung stehen, glauben Sie nach allen bisherigen Erfahrungen, dass der Großteil der Bevölkerung sich tatsächlich impfen ließe? 2017/18 hatten wir rund 25.000 Grippeopfer, wovon viele hätten verhindert werden können, wenn Menschen sich hätten Grippeimpfen lassen. Warnungen waren damals nicht hilfreich!

**SS:** Die Frage ist, ob es einen schützenden Impfstoff geben wird. COVID-19 als maximale Version der Immunstimulation scheint ja nicht immer eine schützende Immunität zu hinterlassen. Ansonsten wird man in der Tat impfen müssen. Auch die Spanische Grippe ist nach 13 Jahren mit drei großen Wellen und 38 größeren Ausbrüchen sowie 50 Millionen Toten, erst durch die Impfung beendet worden.

**JFR:** Sie haben neben vielen anderen mit den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) einen besonderen Forschungs-Schwerpunkt. Sind CED-Patienten auch mit einem höheren COVID-19-Risiko behaftet?

**SS:** Patienten mit CED haben nach dem jetzigen Kenntnisstand insgesamt kein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Der Einsatz höher dosierter Glucocorticoide ist jedoch mit mehr Todesfällen und mehr schweren Verläufen assoziiert. Daher wird gegenwärtig empfohlen, früher als sonst üblich zu einer Biologika-Therapie beziehungsweise zum Tofacitinib zu greifen.

**JFR:** CED-Patienten haben jedenfalls Risikofaktoren für die Entwicklung eines kolorektalen Karzinoms (KRK). Worauf ist dieses Risiko zurück zu führen und wie häufig ist die Entwicklung eines Dickdarmkrebses für Patienten mit Morbus Crohn respektive Colitis Ulcerosa?

**SS:** Die chronische Entzündung des Kolons führt, egal ob bei Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa, zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung eines kolorektalen Karzinoms. Eine Überwachungsstrategie mit jährlicher Koloskopie sollte daher nach zehn Krankheitsjahren, gegebenenfalls auch früher, erfolgen.

**JFR:** Welchen Vorsorgemaßnahmen sollten sich CED-Betroffene unterziehen? Gibt es gesicherte Empfehlungen?

**SS:** Neben den Überwachungskoloskopien die idealerweise mit Chromoendoskopie durchgeführt werden, ist bei

Betroffenen mit CED auch eine regelmäßige Überwachung von Laborkontrollen und die Therapie wichtig.

**JFR:** Glauben Sie, dass mit Einführung der künstlichen Intelligenz und des maschinellen Lernens sich endoskopische Vorsorgen, auch für CED-Patienten deutlich verbessern lassen?

**SS:** Die Einführung der künstlichen Intelligenz als zusätzliche diagnostische Technik wird uns im Bereich der normalen Vorsorgekoloskopie weiter nach vorne bringen. Es sind Best-Price-Systeme verfügbar, die während der Endoskopie in Realtime verdächtige Bereiche für die Biopsie-Entnahme auf dem Video für den Untersucher markieren. Bei Patienten mit CED wird die Etablierung von künstlicher Intelligenz sicher länger dauern, da die Ausgangsbedingungen ungleich komplizierter sind und auch der Markt deutlich kleiner. Hier würde ich erwarten, dass Verfahren der künstlichen Intelligenz für die Effizienzsteuerung von Therapieverfahren zuerst Eingang finden.

**JFR:** Herzlichen Dank für dieses informative und ausführliche Interview, das unser User sicher mit Interesse und Spannung lesen werden!