

Interview mit Elisabeth Weber zum Thema «Post-COVID/Long-COVID»

«Wer nach einem Jahr noch krank ist, dem geht es auch nach zwei Jahren nicht besser»

Das Interview führte Matthias Widmer

Frau Weber, wie relevant ist das Problem Post-COVID/Long-COVID nach Ihrer Einschätzung? Wie viele Menschen in der Schweiz sind davon betroffen?

Gemäss Hochrechnungen wird vermutet, dass rund 6% aller Menschen mit akutem Infekt ein Post-Covid-19 Syndrom entwickeln [1]. Allerdings: Es ist eine Hochrechnung mit einer Streubreite von 2–13%. Ich persönlich schätze die Erkrankung und ihre Folgen unabhängig dieser Zahl als relevant ein, mit Implikationen für die ganze Gesellschaft: Auch wenn die Neuerkrankungen abnehmen werden, bleiben uns viele chronisch Erkrankte erhalten und werden uns noch lange beschäftigen – dies ist für alle Stakeholder im Gesundheitssystem relevant, und wir treffen auf ganz neue Herausforderungen. Angefangen bei der nach wie vor nicht geklärten Ursache der Erkrankung bis hin zu Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit von jungen Menschen.

Wie ist Ihrer Meinung nach das schweizerische Versorgungssystem auf Menschen mit Post-COVID/Long-COVID eingestellt? Gibt es genügend Anlaufstellen?

Es gibt nun doch einige Anlaufstellen, wenn Sie sogenannte «Spezialsprechstunden» ansprechen. Allerdings sind da die Wartezeiten immer noch zu lang. In meinen Augen kommt den Grundversorgerinnen und -versorgern eine grosse Bedeutung zu. Die Hausärztin oder der Hausarzt ist meist die erste Ansprechper-

son und kann schon Abklärungen und Therapien einleiten. Dazu werden nächstens die schweizerischen Empfehlungen (BAG/FMH) publiziert – ich hoffe, damit wird die Versorgung stetig besser [2]. Nach wie vor besteht aber eine Unterversorgung v.a. auch von schwer betroffenen Menschen, die gar nicht in eine Sprechstunde kommen können und vollständig auf Pflege angewiesen sind. Wir versuchen, in unserem Long-COVID-Team Wege zu finden, auch diesen Patientinnen und Patienten gerecht zu werden (Videokonsultation, ambulante Pflege etc.).

Welche Fragen stellen sich bei der Diagnose des Post-COVID-Syndroms?

Im ersten Schritt achten wir auf die Definition: Ganz allgemein sprechen wir erst von einem Post-Covid-19 Syndrom, wenn die Symptome länger als drei Monate andauern nach einem «milden» Infekt. Dies macht Sinn, weil viele Menschen in den ersten drei Monaten nach Infekt noch unter Symptomen leiden, sich aber mit genügend Schonung, Geduld und adäquaten Verhaltensrichtlinien im Laufe dieser ersten zwölf Wochen erholen. Wird es trotz diesen ersten Massnahmen nicht besser, braucht es eine gute Anamnese, in der folgende Fragen beantwortet werden müssen: Können Leitsymptome wie Fatigue, Postexertionelle Malaise («Crashes») und unerholbarer Schlaf herausgearbeitet werden? Gibt es noch andere «Symptom-Cluster» wie Brain Fog, Schmer-

zen, Atemprobleme oder Sensibilitätsstörungen, die typischerweise und in wechselnder Ausprägung bei Post-Covid vorliegen? Neben dieser ausgedehnten Anamnese ist natürlich je nach Symptom-Cluster eine seriöse und vertiefte somatische Abklärung nötig, um andere Erkrankungen zu erfassen und zu behandeln.

Wie sieht die Überlappung mit Komorbiditäten und psychischen Belastungen aus?

Bestätigt wurden Risikofaktoren wie weiblich, junges Alter und hohe Symptomenlast während des akuten Infektes, um nur einige zu nennen. In unserer Sprechstunde sehen wir aber im Grundsatz Patientinnen und Patienten, die bis anhin keinen grossen Bedarf an ärztlicher Betreuung hatten. Ganz allgemein ist sicher zu beachten, dass psychosoziale Belastungsfaktoren kontraproduktiv sind. Das Post-Covid-19 Syndrom ist ein biopsychosozialer Event: Die somatischen Beschwerden beinhalten auch psychische Symptome wie Angst und Schlafstörungen, die im Kontext der postulierten «Neuroinflammation» gesehen werden müssen. Dieser ganze Symptomenkomplex führt zu psychosozialer Belas-



KD Dr. Elisabeth Weber
Chefärztin Klinik Innere Medizin Waid
Stadtspital Zürich
Tièchestrasse 99
8037 Zürich
elisabeth.weber[at]stadtspital.ch

tung und verstärkt mit Sicherheit den Leidensdruck. So bin ich der Meinung, dass alle dafür verantwortlich sind, dass kein Druck aufgebaut wird und die Patientinnen und Patienten seriös somatisch abgeklärt, behandelt und ernst genommen werden.

Gibt es einen typischen Verlauf? Und gibt es Alarmzeichen für einen schwierigen Verlauf bzw. eine ungünstige Langzeitprognose?

Ich sehe keinen «typischen» Verlauf – die einen erholen sich, andere verschlechtern sich, wieder andere stagnieren. Es sind sehr individuelle Verläufe, die eine personalisierte Medizin und Therapieanpassung verlangen: Für einige ist eine stationäre Reha kontraproduktiv, für andere der Gamechanger. Ein Anzeichen für einen schwierigen Verlauf ist wohl der Faktor Zeit: Je länger die Symptome anhalten, desto hartnäckiger bleiben die Patientinnen und Patienten krank. Ich persönlich habe den Eindruck: Je eher medikamentöse Therapien eingesetzt werden können (Antidepressiva zur Schmerzmodulation oder Schlafförderung, Betablocker bei POTS etc.), desto eher kann eine gewisse Stabilisierung der Symptome erreicht werden. Auch hilft es, wenn Patientinnen und Patienten das Energie- und Pausenmanagement (einer der Grundpfeiler der Therapie) gut in den Alltag integrieren können und damit sogenannte Crashes (Postexertionelle Malaise, PEM) verhindert werden können. Zudem können einige Patientinnen und Patienten von der Off-Label Anwendung von Medikamenten profitieren, die wir aus der ME/CFS-Therapie kennen.

Die «schweren Fälle» der Akuterkrankung an COVID-19 haben ja glücklicherweise stark abgenommen. Entwickelt sich die Häufigkeit von Long-COVID-Neuerkrankungen parallel dazu?

Gerade im Moment bestätigt sich dieses Bild: Die Neuanmeldungen nehmen ab. Betonen möchte ich aber, dass uns nun zunehmend schwer betroffene Patientinnen und Patienten mit chronischem Verlauf beschäftigen – wir wissen nun: Wer nach einem Jahr noch krank ist, befindet sich auch nach zwei Jahren auf ungefähr dem gleichen Niveau der Erkrankung [3].

Welche Schritte würden Sie Hausärztinnen und -ärzten empfehlen, deren Patientinnen und Patienten mit Post-COVID/Long-COVID diagnostiziert wurden? Worauf sollen sie bei der Betreuung achten? Wann sollten Patientinnen und Patienten in eine Spezialsprechstunde überwiesen werden?

Dazu möchte ich gerne auf die demnächst publizierten schweizerischen Empfehlungen hinweisen [2]. Wichtig ist, dass kein Druck aufgebaut wird und die neue tiefere Belastungsgrenze (emotional, kognitiv und physisch) akzeptiert und den Patientinnen und Patienten erklärt wird. Das heisst: empathische Begleitung, Unterstützung, somatische Symptome seriös abklären und gemeinsam aushalten, dass wir Ursache, Verlauf und Therapie (noch) nicht kennen. Zentral bleibt die Edukation bezüglich Energie- und Pausenmanagement, was bei uns die Ergotherapie systematisch übernimmt. Aber auch alle anderen Professionen in unserem sehr breit aufgestellten Long-COVID-Team am Stadtspital Zürich (Physiotherapie, (Neuro-)Psychologie, ambulante Pflege, ärztlicher Dienst) starten ab Tag eins mit Aufklärung und Edukation bezüglich Belastungsgrenze und Energiemanagement – das können auch die Hausärztinnen und Hausärzte von Beginn weg übernehmen. Bei Unsicherheit über die Diagnose und hartnäckigem Verlauf soll überwiesen werden, dann haben wir im interprofessionellen Team möglicherweise weitere Therapieoptionen und klären somatisch noch breiter ab unter Einbezug verschiedener Spezialistinnen und Spezialisten im Spitalsetting.

Wo stehen wir bei der Anerkennung des Krankheitsbildes bzw. der Kostenübernahme als Pflichtleistung durch Krankenkassen?

Das könnte tatsächlich besser sein – die Krankenkassen sind zum Beispiel sehr zurückhaltend geworden mit der Finanzierung von Rehabilitationen oder Bezahlung der aufwändigen Physiotherapie. Es gibt aber auch Kassen, die mit Case Management arbeiten, hier ist dann doch einiges an Therapien und Unterstützung möglich. Problematisch scheint mir aber auch der Umgang mit der Langzeitarbeitsunfähigkeit. Die Gutachten der Versicherungen sind manchmal niederschmetternd: 100% Arbeitsfähigkeit gegeben, diametral zu unserer Einschätzung. Man sieht den Patientinnen und Patienten nichts an, und objektivieren können wir leider bis heute nicht – trotzdem besteht eine Arbeitsunfähigkeit. Die wichtigste Botschaft dabei: Ausnahmslos alle Patientinnen und Patienten würden sehr gerne arbeiten – es geht aber nicht.

Und zum Schluss: Was war Ihre schlimmste Erfahrung im Umgang mit Post-COVID/Long-COVID-Patientinnen und -Patienten, und was Ihre schönste?

Die schlimmste Erfahrung für mich war (und ist es auch heute immer wieder), dass wir für schwer Betroffene kein Setting haben. Sie lie-

gen zu Hause, völlig isoliert im Dunkeln, und können das Haus nicht mehr verlassen: Die Fatigue ist schwer, die Postexertionelle Malaise nach kleinster Anstrengung unermesslich, die Ängste nehmen zu. Mich treibt die Frage um: Wie können wir diesen Menschen helfen? Wie können wir sie medizinisch anständig versorgen? Das schönste Erlebnis: Eine meiner ersten Patientinnen berichtet mir bis heute über ihren Verlauf. Sie berichtet, dass sie zwar energetisch noch nicht auf dem Vorniveau ist, aber Mut gefasst hat, mit diesen neuen Rahmenbedingungen ihr Leben zu gestalten, sich umschult und dabei zufrieden ist. Sie ist zwar nicht genesen, aber gebessert, und wir konnten sie dabei unterstützen. Darüber freue ich mich.

Literatur

- 1 Global Burden of Disease Long COVID Collaborators. Estimated Global Proportions of Individuals With Persistent Fatigue, Cognitive, and Respiratory Symptom Clusters Following Symptomatic COVID-19 2020 and 2021. JAMA. 2022.
- 2 RAFAEL, interactive platform for information exchange on the post-acute sequelae of Sars-Cov-2 [Internet]. Geneva: HUG – Hôpitaux Universitaires de Genève; c2023. Post-Covid recommendations for primary care physicians – Switzerland. Available from: <https://www.rafael-postcovid.ch/en/informations-sante/post-covid-recommendations>
- 3 Ballouz T, Menges D, Anagnostopoulos A, Domenghino A, Aschmann HE, Frei A, et al. Recovery and symptom trajectories up to two years after SARS-CoV-2 infection: population based, longitudinal cohort study. BMJ. 2023 May;381:e074425.