

Transkript zum Videomitschnitt

Spezialisierte ambulante Versorgung bei Long- und Post-COVID, Post-Vac und ME/CFS

Prof. Dr. med. Winfried J. Randerath (Krankenhaus Bethanien, Solingen)

Prof. Dr. med. Winfried J. Randerath:

Frau Blome, vielen Dank, dass ich da sein darf. Und ich will versuchen, möglichst praktisch zu machen. Also ich möchte Sie ein bisschen durchnehmen durch die Praxis, die wir in unserer Ambulanz-Tätigkeit ausüben. Ich hoffe, man kann meine Folien jetzt sehen. Und ich, vielleicht fragen Sie sich, warum wir als Lungenfachklinik dazu kommen, uns mit der Post-COVID-Problematik weiter zu beschäftigen. Und ich habe Ihnen ja einfach mal ein Bild mitgebracht aus der ersten Phase. Und ich frage immer am Anfang ganz gerne, erinnern Sie sich noch an die Pandemie? Und da fällt mir auf, wie viel ich schon selber vergessen habe. Deswegen diese paar Eindrücke nochmal, die aus der ersten Zeit kamen, die nochmal vor Augen führen, dass wir unser Krankenhaus um 100 Prozent erhöhen mussten, was die Bettenkapazität anging. Dass wir ein Notkrankenhaus in der Kapelle eingerichtet haben, die Test- und die Impfambulanz eingerichtet haben. Und dass unsere Intensivstation, die per se schon groß ist mit 25 Betten, auf 50 Betten erhöht haben. Das alles hat uns sehr bewegt und hat dann dazu geführt, dass dieses Thema uns, dass wir weiter als Anlaufstelle da angesehen werden und uns deswegen auch weiter mit Post-COVID, Long-COVID beschäftigen.

Ich möchte Sie einführen mit einem Fallbeispiel, so wie ich diese Patientenbilder jede Woche mehrmals in meiner Ambulanz sehe. Hier handelt es sich um einen 55-jährigen Mann, der im Juni 2022 an der Corona-Infektion erkrankt war. War zuerst in der Akutphase sieben Tage bettlägerig, hohes Fieber, Schüttelfrost, Kopf- und Gliederschmerzen. Dann war er zunächst mal zwei Wochen wieder weiter arbeitsunfähig und entwickelte dann post-akut Erschöpfungssymptome, Luftnotstand im Vordergrund, aber auch andere Symptome wie Durchschlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Schwierigkeiten, den alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen. Er empfand sich als ängstlich und deprimiert. Vor der Corona-Infektion hat er sehr viel Sport getrieben. Bis zum 50. Lebensjahr war er als Fußballer tätig, seither laufen, Fahrrad fahren, berichtet jetzt, dass er nach der körperlichen Belastung sich oft über mehrere Tage noch erschöpft fühlt. Wesentliche Vorerkrankungen waren nicht bekannt. Er hat eine psychotherapeutische Vorbehandlung. Und Sie sehen, bei den Medikamenten ist da auch nicht viel und Rauchen hat er auch vor vielen Jahren schon aufgegeben. Diesen Patienten werden wir am Ende noch mal eingehen, weil ich Ihnen die Befunde dann zeigen werde. Und möchte Ihnen aber schon mitgeben, dass er die wesentlichen Symptome schon mal zeigt, die wir in unserer Ambulanz sehen. Nämlich die Erschöpfung, die Fatigue und die Luftnot. Und das macht natürlich die pneumologische Klinik dann wieder ansprechbar. Nun, die in dieser Runde sind, wissen alle, was wir unter den

Symptomen verstehen, wie sie in der S1-Leitlinie auch festgehalten worden sind. Also Symptome, die aus der akuten Phase heraus fortbestehen, neue Symptome, die nach der akuten Phase auftreten oder die richtunggebende Verschlechterung einer vorbestehenden Erkrankung. Zusammenfassend kann man da an der Stelle sagen, dass es sich um eine Erkrankung handelt und um ein Syndrom und ein Symptomenkomplex, der zu einer behandlungswürdigen Einschränkung der Alltagsfunktionen und der Lebensqualität führt. Das kann man vielleicht als Stichwort führen und das ist auch das, was die Patienten, die in die Ambulanz kommen, im Grunde immer wieder als zentrales Element berichten.

Nun, wie häufig ist das? Wenn wir insgesamt die Zahlen anschauen, dann sehen wir natürlich eine sehr, sehr große Spanne. Wir können aber sagen, dass die Prävalenz der Post-COVID- oder Long-COVID-Erkrankung schon sehr unterschiedlich ist, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt die Erhebung der Daten erfasst worden ist, erfolgt ist und wie die Patienten, in welcher Situation die Patienten waren. Natürlich können Post-COVID-Probleme auch bei Patienten mit milden Erkrankungen auftreten. Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt haben jedoch deutlich höheres Risiko. In der letzten Zeit sehen wir weniger Neuerkrankungen. Die meisten Neuerkrankungen, die wir sehen, sind tatsächlich aus der ersten Phase der Pandemie und somit eigentlich schon einige Jahre leidend. Zum Post-Vac-Syndrom hat das Paul-Ehrlich-Institut ja eine Erhebung gemacht und hat alle seine Daten vom Beginn der Impfung bis zum 19. Mai 2023 zusammengefasst. Und wir können sehen, dass hier 1500 Verdachtsfälle gemeldet worden sind, dass es eine sehr heterogene Melde, sehr heterogene Angaben gab, was den Symptombeginn nach der Impfung angeht. Die Dauer der Symptome, der Zeitabstand zwischen Impfung und Auftritt der Symptome, dass überdurchschnittlich viele verschiedene Symptome für den einzelnen Fall angegeben wurden. Und auch die EMA, und parallel wurde in der EMA-Datenbank, also auf europäischer Ebene, eine Erhebung gemacht. Und da zeigt sich, dass auf etwa 100.000 Impfungen über die Meldung bei der EMA, nur die kann man hier zugrunde legen, 0,73 Verdachtsfälle gemeldet werden. Die allermeisten, und das sieht man an den Balken auch, wurden aus Deutschland gemeldet. Über das Thema ME/CSF ist schon viel, sehe ich auch hier im Chat, viel gesprochen worden, deswegen überspringe ich das, die verschiedenen Definitionen. Und die verschiedenen Symptome, auch die wurden schon genannt, aber ich will sie ein bisschen in Relation setzen zu unseren eigenen Symptomen. Deswegen seien sie hier nochmal in der allgemeinen Form genannt, wie sie in den Publikationen dargestellt ist. Und wenn wir jetzt mal in Beispiele, in Zahlen unserer Patienten schauen, dann habe ich für Sie jetzt die letzten 50 Patientinnen und Patienten analysiert, die in den letzten Monaten eben hier bei uns sich vorgestellt haben. Sie sehen hier die Altersverteilung mit einem mittleren Alter von 55 Jahren, eine Spanne von 23 bis 86, also eine, es überspannt das gesamte Altersspektrum, Erwachsenenpektrum. Kinder werden bei uns selten gesehen. Und Sie sehen, dass der Schwerpunkt der Betroffenen zwischen 50 und 70 liegt. Auch hier zeigt sich, was

eben schon gesagt wurde, dass etwa zwei Drittel der Betroffenen weiblichen Geschlechtes sind. Und wenn wir uns den Body-Mass-Index, also das Körpergewicht ansehen, dann ist der Schwerpunkt der Behandlung im übergewichtigen Bereich. Was die Symptome angeht, sehen Sie, dass die wichtigsten bei uns auftretenden Symptome, die häufigsten Symptome, eben auch Fatigue, Atemnot bei Belastung, Schlafstörungen, nicht erholsamer Schlaf, Konzentrationsstörungen sind. Und die häufigsten als stark angegebenen Symptome in die gleiche Richtung gehen. Also auch hier Atemnot, Fatigue, Schlafstörungen, nicht erholsamer Schlaf. Sie merken, wir sind da sehr ähnlich mit dem, was insgesamt auch gerade aus der KV-Auswertung dargestellt wurde und auch was wir in den Daten insgesamt sehen. Und das führt auch dazu, wie wir unsere Diagnostik dann in der Ambulanz ausrichten. Das werden Sie gleich sehen. Ganz wichtig scheinen auch die Zahlen oben zu sein. Wie lange dauert es denn, bis die Patienten in der Post-COVID-Ambulanz gesehen werden? Und wenn Sie schauen, vom Beginn der Symptome bis zur Vorstellung der Ambulanz vergehen im Durchschnitt 14,3 Monate, also mehr als ein Jahr. Die Spanne beträgt da drei bis 44 Monate. Und das hat viele Gründe und die können wir sicherlich gerne diskutieren, wo lang das dran liegt, woran es liegt, dass man im Mittel mehr als ein Jahr vom Symptombeginn bis zur Vorstellung wartet.

Nun, die Richtlinie ist in 2023 veröffentlicht worden, im Mai 24 in Kraft gesetzt worden. Und wir können uns fragen: Um wen geht es? Was soll damit erreicht werden? Was sind die Kernelemente? Und einiges ist schon erwähnt worden. Im Wichtigsten ist ja der Ablauf dargestellt, wie der Patient oder die Patientin durch die medizinischen Angebote geführt wird. Und da steht im Vordergrund immer der Primararzt, die Primärärztin, das heißt also der Kinderarzt, Kinderärztin, der Hausarzt, Psychotherapeuten und nur im Einzelfall geht es dann in die Spezialambulanz. Das ist ein Punkt, den man sehr kritisieren kann, aber der wahrscheinlich auch angesichts der zur Verfügung stehenden Optionen gar nicht anders zu regeln wäre. Nun, wenn wir die Patienten in die Ambulanz bekommen, dann haben sie natürlich alle schon eine umfangreiche Zeit bei ihrem Hausarzt, bei ihrer Hausärztin hinter sich. Und das, was wir aus der Liste der Punkte, die angegeben sind in der Richtlinie, die also in den Aufgabenbereich der Primärärzte fallen, hineinfallen, dann sehen wir vor allen Dingen die folgenden Punkte berücksichtigt. Der Hausarzt, die Hausärztin weiß sehr viel über Vorerkrankungen und Komorbiditäten, über das Lebensumfeld des Betroffenen. Die Kolleginnen und Kollegen haben dann schon eine umfassende Differenzialdiagnostik durchgeführt. Viele Patienten waren schon bei verschiedenen Ärztinnen und Ärzten, sind da durchgelenkt worden. Auch haben viele Patientinnen und Patienten schon eine Rehabilitation hinter sich. Allerdings häufig keine Rehabilitation, die gezielt in Richtung Post-COVID ausgerichtet war, sondern eine, die zum Beispiel in Richtung Atemwegserkrankungen ging. Oder die in Richtung orthopädischer Erkrankungen ging. Je nachdem eben, welches Symptom im Vordergrund stand. Aber der Fokus auf Post-COVID ist dann häufig noch nicht erfolgt. Und ein weiterer Aspekt, der

häufig von den Primarärztinnen und -ärzten schon erfüllt war, ist die Zusammenarbeit mit Behörden, also Anträgen, die schon gestellt worden sind, auch Heilmittel sind schon oft versorgt worden. Aber Sie sehen, es sind auch viele andere Punkte noch nicht erwähnt oder noch nicht diskutiert. Und das hat sicherlich viel damit zu tun, dass der Primararzt, die Primärärztin seine normale Tätigkeit macht. Sich den Patienten anschaut, wie er ist und die Diagnostik und Therapie so führt, wie er sie eben bei der entsprechenden Symptomatik macht. Aber ein spezieller Fokus hier nicht gegeben sein kann.

Wie kommen die Patienten zu uns in die Ambulanz? Zum einen über die Zuweisung durch den Hausarzt oder die Hausärztin. Dann nämlich, wenn bis zu diesem Zeitpunkt keine zufriedenstellende Erklärung oder Behandlung erreicht wurde. Und dann eben die Frage gestellt wird: Was könnt ihr denn in der Spezialambulanz noch ergänzen? Viele Patientinnen und Patienten kommen auch auf Eigeninitiative. Sie haben schon zahlreiche Ärzte aufgesucht. Sie haben breite Informationen aus sozialen Medien erhalten. Sie sagen oft: Ich fühle mich nicht ernst genommen. Ich will jetzt noch mal eine andere Position hören. Und die Fragen, die sie stellen, sind: Ich habe Angst vor schweren Schädigungen. Was ist mit meiner Lunge? Was ist mit meinem Herzen? Sie suchen nach Erklärungen für die Beschwerden, nach organischen Ursachen und nach neuen Behandlungsansätzen. Worin sehe ich die Hauptaufgaben der Post-COVID-Ambulanz? Zum einen geht es für mich darum, nachzuweisen: Welche Einschränkungen verschiedener Organfunktionen liegen vor? Also, wenn wir das Leitsymptom Dyspnoe, was wir hier häufig hören, von unseren Patienten hören, fast bei jedem, dann stellt sich die Frage: Wie arbeiten denn Herz und Lunge? Wie gut ist, wie leistungsfähig ist denn der Körper? Was können wir hier feststellen? Also, es geht um die Feststellung der Leistungsminderung, aber auch um die Differenzialdiagnose. Liegt es am Herz? Liegt es an der Lunge? Liegt es an der Dekonditionierung? Hat es andere Gründe? Der zweite Aspekt ist die Abgrenzung Dyspnoe, Fatigue, Kognition, neuromuskulärer Erkrankungen. Und es geht auch um die Erfassung und die Differenzialdiagnostik neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen. Denn wir bewegen uns schon mit Symptomen in einem Bereich, der im Grenzbereich oder tatsächlich auch in dem entsprechenden Feld lokalisiert ist. Wie machen wir das? Wir orientieren uns. Zunächst stellen wir eine Selbsteinschätzung des Patienten in den Vordergrund. Also er macht, füllt validierte Fragebögen aus, mit denen Fatigue, allgemeiner Gesundheitszustand, Angst, Depression, Luftnot, Hustensymptomatik, Atemwegssymptomatik erfasst werden. Dann orientieren wir uns an den Leitsymptomen. Steht die Dyspnoe, steht die Fatigue, steht der Thoraxschmerz oder andere Organsymptome im Vordergrund? Nach Abschluss dieses diagnostischen Weges stellt sich dann die Frage der Diskussion der Ergebnisse. Das heißt, die Aufklärung über die objektive Situation, eventuelle Therapieempfehlungen, auch die Entlastung von Ängsten, bei den Punkten eben, wo wir keine pathologischen Befunde feststellen. Die Diskussion und eventuell die Überlegung medikamentöser oder auch operativer Hilfsmittel,

Behandlungen. Und auch natürlich der Weg in die Richtung Rehabilitation, wenn die noch nicht erfolgt ist. Hier ist mal der Katalog von Fragebögen dargestellt, der, ich hab schon einige Stichworte im Chat eben gesehen, der Bell-Score wurde zum Beispiel einige Male erwähnt. Also diese Fragebögen erfassen wir, sowohl in Richtung Post-COVID-Symptomatik, allgemeiner Lebensqualität, Erkrankungsschweregrad, aber eben auch in Richtung Luftnot, Atemwegssymptome, in Richtung Angst und Depressionen und auch in Richtung Schlafstörungen. Und im unteren Teil der Grafik sehen Sie mal, auch wieder von unseren 50 evaluierten Patienten, die ich Ihnen eben gezeigt habe: Wie sehen denn die Zahlen hier in dieser Klientel aus? Und wenn Sie die vergleichen mit den Normwerten, die oben angegeben sind, dann sehen Sie, dass viele unserer Patienten schon sehr stark getroffen sind, liegen also mit dem Schweregrad ihrer Erkrankung mindestens im mittleren Bereich. Das heißt, ihre Leistungsfähigkeit oder Ihre Symptomatik ist auf die Hälfte herabgesunken, beziehungsweise die Symptomatik schon auf der Hälfte des Maximum eingetreten. Also, eine schwer betroffene Klientel. Leitsymptom Dyspnoe, was natürlich bei uns eine wichtige Rolle spielt, führt dann dazu, dass wir eine umfangreiche kardiopulmonale Diagnostik machen, eventuell ein Röntgenbild oder CT, wenn das nicht schon vorliegt. Und ganz wichtig ist für uns die Lungenfunktionsdiagnostik und die Spiroergometrie, also die Erfassung der Leistungsfähigkeit. Das ist ein zentrales Element, was dann auch intensiv mit den Patienten diskutiert wird.

So, jetzt schauen wir uns nochmal den Patienten an, den wir eingangs angeschaut haben. Wie sehen denn die Zahlen und die Ergebnisse bei diesem Probanden oder bei diesem Patienten aus? Hier sehen Sie die Ergebnisse der Fragebögen. Im allgemeinen Gesundheitszustand hat er eben eine Reduktion seines allgemeinen Gesundheitsempfindens auf die Hälfte. Er ist bei einem niedrigen Wert für den, also einem auch mittelgradigen ungefähr Wert für die Einschränkung durch die Erkrankung selber. Eine ausgeprägte Angstsymptomatik, einen Wert im Bereich der Depressivität in der oberen Hälfte und auch deutliche Einschränkungen bei den Atemwegsfragebögen. Also Luftnot war im Vordergrund, aber, oder war ein wichtiges Symptom, aber auch andere Beschwerden. Für diejenigen hier in unserem, in unserem Kreis, die Pneumologen sind oder Hausärzte, Lungenärzte, die kennen sich aus und sehen hier die Lungenfunktionswerte und sehen, dass dieser Patient nicht unter einer Obstruktion, also einer Verengung der Atemwege leidet, wie bei Asthma oder COPD, dass er keine Verkleinerung der Lunge, also keine restriktive Ventilationsstörung hat und auch keine Lungenüberblähung. Also regelrechte Werte hier in der Lungenfunktion. Wenn wir uns jetzt die Belastungsuntersuchung anschauen, die Spiroergometrie, ganz viele Zahlen, für die natürlich verwirrend, die da nicht mit vertraut sind, aber ich zeige Ihnen, worum es geht. Hier sind die Leistungswerte und da sehen wir unseren Patienten bei 80 bis 100 Prozent. Wir sehen, dass er sich vom Herzen her ausbelastet hat, dass er von dem Sauerstoff im Blut sehr gute Werte hat und dass er auch von der Atmung Reserve hat. Heißt

unterm Strich, dass wir hier keine Einschränkung an Herz und Lunge feststellen können, aber einen sehr niedrigen Leistungszustand. Er hat eine niedrige anaerobe Schwelle, das heißt, er ist dekonditioniert. Obwohl Herz und Lunge bei ihm gut funktionieren, ist er durch die lange Krankheitsphase in eine Situation der Dekonditionierung gekommen, wo dann natürlich auch ein Ansatz der Behandlung bestehen kann. Wir führen immer parallel eine neurologisch-psychiatrische Untersuchung durch und auch die hat der Patient unternommen. Sie haben ja auch eben seine Selbsteinschätzung in den Fragebögen gesehen, sodass es hier nicht verwundert, dass im Rahmen der Post-COVID-Beschwerden, dem nicht erholsamen Schlaf, auch eine depressive Anpassungsstörung diagnostiziert wurde.

Neben der Diagnostik, neben der Aufklärung, neben dem Versuch, Therapie zu leiten, spielt in der Ambulanz auch die Frage der Begutachtung eine Rolle und die wird sicherlich in der Zukunft noch wesentlich mehr Bedeutung haben. Hier haben wir noch nicht endgültig abschließende oder sehr solide Möglichkeiten. Aber wir können im Bereich der Berufskrankheit oder des Arbeitsunfalles schon Anerkennungen, also Begutachtungen durchführen und die Spätfolgen der Erkrankungen mit der Minderung der Erwerbsfähigkeit feststellen, wenn wir den entsprechenden Gutachtenauftrag haben. Im Schwerbehindertenrecht, da sind wir noch auf Brücken angewiesen. Das heißt, man kann sich nur an diesem Komplex orientieren, den wir nutzen können, um eben den Grad der Behinderung festzulegen. Im Bereich des Unfallrechtes, also Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle, da ist derzeit eine neue Begutachtungsregel im Umlaufverfahren der Fachgesellschaften, also die wird in sehr baldiger Zeit erscheinen. Und Sie sehen hier, dass, ähm, wir hier dann die Möglichkeit haben werden, sehr differenziert Angaben zu machen zur, zur Begutachtung und zur Einschränkung, zur Minderung der Erwerbsfähigkeit. Hier wird auch erstmals die Fatigue thematisiert in dieser Begutachtungsrichtlinie, eben explizit für Long-COVID. Damit bin ich am Ende und möchte Ihnen für die Aufmerksamkeit danken.