



COVID, Long COVID und kein Ende?

Seit zwei Jahren beschäftigt uns dieses SARS-CoV-2-Virus mit immer neuen Mutationen und immer neuen Massnahmen, um seine Verbreitung einzudämmen. Nun taucht in den Medien auch immer öfter der Begriff «long covid» auf. Damit wird gemeint, dass die Krankheitssymptome der Viruserkrankung auch nach der akuten Phase im ersten Monat weiter bestehen bleiben oder sich vielleicht verändern. Aber die Betroffenen fühlen sich weiterhin irgendwie krank und nicht uneingeschränkt leistungsfähig. Medizinisch korrekt heisst dieser Zustand ab dem vierten Monat nach der Infektion «Post Covid Condition» PCC, also Zustand nach einer COVID-19-Erkrankung. Das SARS-CoV-2-Virus ist dann nicht mehr nachweisbar, aber trotzdem fühlen sich die Betroffenen müde und nach der kleinsten Anstrengung erschöpft, mit unerklärlichen Schmerzen, Schwindel, Atemnot oder Verdauungsstörungen u.v.a.m.

■ Von Hildegard Nibel

Aber fangen wir von vorne an: Die COVID-19-Infektion kann festgestellt werden, wenn ein Antikörpertest mit einem Abstrich aus dem Nasen-Mund-Rachen-Raum positiv auf virus-spezifische Eiweisse reagiert (Schnelltest) oder ein PCR-Test das Vorhandensein der RNA des SARS-CoV 2-Virus zeigt. Bereits zwei bis drei Tage bevor diese Viren nachgewiesen werden können, können Symptome auftreten, die typisch für verschiedene Erkältungskrankheiten sind wie Fieber, Husten, Müdigkeit, Atemnot, Muskel- und Kopfschmerzen. Das Besondere an einer COVID-19-Erkrankung ist jedoch der zeitweise Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns, unter dem ca. 40% der Erkrankten leiden.

Inzwischen scheinen auch die Mechanismen geklärt, die die Krankheitszeichen hervorrufen: Das SARS-CoV-2-Virus greift mit seinen typischen Ausstülpungen, den Spikes, die ACE2-Rezeptoren in den Wirtszellen der äusseren Zellschicht der Atemwege an. Diese Rezeptoren sind in vielen Stellen in unserem Körper, beispielsweise sind sie auch an der Regelung des Blutdrucks in den Nieren beteiligt.

Bei der angeborenen Abwehrreaktion unseres Immunsystems werden die Viren von verschiedenen Immunzellen inner- und ausserhalb der Zelle an ihrer Verbreitung gehindert. Wenn die Virenbelastung tief ist und das Immunsystem das Virus schnell erkennt,

bemerken die Betroffenen teilweise gar nichts von der Infektion.

Im ungünstigeren Fall reicht diese Immunabwehr nicht aus, sondern die SARS-CoV-2-Viren gelangen beispielsweise über die Atemluft in die Lungenbläschen, und von dort über den Blutstrom werden die Zellen in den ganz kleinen Blutgefässen befallen. Im Verlauf der Erkrankung werden die Gefässwände durchlässiger und somit auch die Blut-Hirn-Schranke. Vom Virus befallene weisse Blutkörperchen können dann ins Gehirn eindringen und ihr zerstörerisches Werk fortsetzen. Die Viren dringen aber vermutlich auch über die Nervenenden in der Riechschleimhaut der Nase ins Gehirn.

Als Teil der Abwehrreaktion erhöht der Körper seine Temperatur – die Erkrankten bekommen Fieber. Dieser erste Monat der Erkrankung wird als akutes COVID-19 bezeichnet.

Bei ca. 20–30% der Erkrankten bleiben die Symptome weitere zwei Monate bestehen – das wird als Long COVID bezeichnet.

Nicht vergessen werden sollte aber auch, dass Atemprobleme oder eine veränderte Körperwahrnehmung die Erkrankten sehr verunsichern können und damit zu Ängsten und depressiven Verstimmungen führen, die wiederum die körperlichen Stressreaktionen noch verstärken – ein Teufelskreis, der be-

wusste Anstrengung braucht, um unterbrochen zu werden.

Was wirklich vor einer Infektion schützt:

- physische Distanz > 1,5m. Das vermindert das Infektionsrisiko um über 80%.
- Ebenso wirksam ist ein Mund-Nasen-Schutz oder Schilde und Schutzbrillen.

Wo lauert das Ansteckungsrisiko?

- Forschungsergebnisse aus verschiedenen Ländern zeigen, dass sich innerhalb eines Haushalts zwischen 5 und 20% der Menschen mit dem SARS-CoV-2-Virus anstecken; nach fünf bis sechs Tagen wird eine Ansteckung im gleichen Haushalt unwahrscheinlich.
- Die Gefahr, sich im engsten Freundeskreis anzustecken, liegt zwischen 0 und 5%.

Das Post-COVID-Syndrom – Post COVID Condition – PCC

Bis zu 10% der Betroffenen zeigen auch noch nach mehr als drei Monaten Zeichen einer Erkrankung, insbesondere leichte Ermüdbarkeit, Schmerzen, Unwohlsein, Schwindel, depressive Verstimmungen, aber auch Atemnot, Husten oder Brustschmerz. Diese Gesundheitsbeschwerden können nicht mit anderen Ursachen erklärt werden, z.B. den Kontaktbeschränkungen.

Bei Frauen dominieren eher die unspezifischen Krankheitszeichen wie Müdigkeit, Kopfschmerz oder Schwindel, bei Männern eher Atemnot und Husten – viele von ihnen Raucher oder Ex-Raucher. Risikofaktoren für diesen Zustand nach COVID-19 sind:

- mehr als fünf Symptome in der ersten Woche der Infektion
- Alter über 50
- Übergewicht sowie
- Vorerkrankungen wie Diabetes, Asthma bronchiale oder andere Lungenerkrankungen

Erfreulicherweise verschwinden diese Gesundheitsbeschwerden nach mehr oder weniger langer Zeit auch wieder, nur die wenigsten Patient/-innen leiden dauerhaft an den Folgen einer Viruserkrankung.

Als alternative Erklärungen für diese Gesundheitsbeschwerden kann auch die mediale Präsenz des Syndroms ins Feld geführt werden, die bei sensiblen Menschen möglicherweise



auch zu einer erhöhten Aufmerksamkeit gegenüber allen für sie bisher untypischen Körperempfindungen führt, und die sie dann auf die Viruserkrankung zurückführen, obwohl es auch andere Erklärungen dafür gäbe wie normale, immer wieder auftretende Veränderungen des Befindens.

Bei Patient/-innen mit vielen Vorerkrankungen können diese oben aufgezählten Symptome auch therapiebedingt durch die Intensivpflege auftreten.

CFS Chronique Fatigue Syndrome – eine Autoimmunerkrankung

Diese unspezifischen Gesundheitsbeschwerden nach einer COVID-19-Erkrankung, die Post COVID Condition, kommt in ähnlicher Form auch nach anderen Vireninfektionen vor, und wurde in den letzten Jahren unter dem Begriff «Chronique Fatigue Syndrome» erforscht. CFS wird auch als myalgische Enzephalomyelitis [ME] bezeichnet. Viele dieser oben beschriebenen unspezifischen Gesundheitsbeschwerden sind nicht nur nach COVID-19-Erkrankungen zu beobachten, sondern sind vergleichbar den Spätfolgen bei einigen anderen Virusinfektionen, wie dem Pfeiffer'schen Drüsenfieber (Epstein-Barr-Virus), Grippe- oder Dengue-Erkrankungen.

Bei den allermeisten Betroffenen verschwinden diese Gesundheitsbeschwerden mit der Zeit wieder. Allerdings kann es recht lange dauern: Nach einer Epstein-Barr-Infektion leiden ca. 7% der Erkrankten unter chronischer Müdigkeit; diese Spätfolgen heilen innerhalb von fünf bis zehn Jahren bei 80% der Betroffenen vollständig aus.

Derzeit liegt das Risiko, nach einer unmerkten oder milden COVID-19-Infektion am chronischen Müdigkeitssyndrom zu leiden, bei 0,3–0,8%.

Im europäischen Forschungsprojekt EURO-MENE werden diese Krankheitsverläufe nach Virusinfektionen gesammelt und untersucht. Risikofaktoren für das chronische Müdigkeitssyndrom sind Stress, ein veränderter Stoffwechsel aufgrund eines dysfunktionalen autonomen Nervensystems oder Autoimmunerkrankungen.

Bei Frauen treten solche Langzeitfolgen nach Vireninfektionen bisher doppelt so häufig auf wie bei Männern – vielleicht auch deshalb die hohe Dunkelziffer? Die unspezifischen Symptome werden gerne als nicht wichtig interpretiert, kein Zeichen für eine «richtige» Erkrankung, nichts Ernstzunehmendes, sondern für Jammern über kleinste Missempfindungen.

Leitsymptome sind:

1. Belastungsintoleranz: Die Betroffenen leiden längere Zeit nach einer geistigen oder körperlichen Anstrengung unter PEM – post-exertionelle Malaise, mindestens jedoch 14 Stunden, unter Umständen sogar mehrere Tage. Dies kann mit einer einfachen Handkraftmessung gezeigt werden: Patient/-innen, die an chronischer Müdigkeit leiden, haben weniger Kraft, und bei einer Messung nach einer Stunde sind ihre Leistungen noch geringer, d.h., sie haben sich nicht von der ersten Anstrengung erholt, sondern sind auch noch nach einer Stunde in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
2. Schmerzen (Kopf, Gelenke, Hals, Muskeln)
3. Kurzatmigkeit
4. neurologische Symptome: Dazu zählen kognitive Störungen (Gedächtnis, Konzentration) und Störungen des autonomen Nervensystems wie Reizdarm oder eine verstärkte Aktivierung des sympathischen Nervensystems, das mit dem Empfinden einer generellen körperlichen Aktivierung einhergeht.
5. schneller Herzschlag, Ruhepuls zwischen 80 und 100
6. Überempfindlichkeit gegenüber Licht, Lärm oder Temperaturschwankungen
7. Unsicherheit bei Lageveränderungen bis zu Schwindel, z.B. beim Aufstehen.
8. Früher bestehende Allergien oder Herpes tauchen wieder auf.

Behandlungsempfehlungen

Die wichtigste Massnahme ist die Psychoedukation:

Die Betroffenen werden darüber informiert, was man über die Krankheit bereits weiss, und insbesondere, wie sie selber ihre Lebensqualität verbessern und die Einschränkungen durch die Krankheitssymptome möglichst gering halten. Die Erkrankten sollen sich nicht

als Opfer einer unbekanntenen, schrecklichen Krankheit fühlen, sondern erfahren, was anderen geholfen hat, um ihre Lebensqualität zu verbessern.

Das Energiemanagement ist einer der Schlüssel für gute Lebensqualität: Betroffene müssen lernen, ihre seelischen und körperlichen Belastungsgrenzen zu erkennen und auf gar keinen Fall zu überschreiten. Denn sonst droht Erschöpfung, die über viele Stunden, wenn nicht Tage sich hinziehen kann und unverhältnismässig stark ist im Vergleich zur getätigten Anstrengung. Diese spezielle Form der Erschöpfung wird als PEM bezeichnet, post-exertielle Malaise.

Zur Verbesserung der Lebensqualität trägt auch Stresskontrolle bei, z.B. sich gegen Erwartungen, Forderungen und Wünsche anderer abzugrenzen. Dafür kann eine Psychotherapie hilfreich sein, aber auch verschiedene Formen der Körper-(Psycho-)Therapie. Einige dieser Methoden kann man leicht erlernen und dann selber anwenden, z.B. Atemtechniken, autogenes Training, Klopftherapie (Emotional Freedom Technique), Meditation, Muskelentspannung nach Jacobson, Qigong, Tai-Chi, Yoga und all die verschiedensten Mischformen und Weiterentwicklungen. Für andere Formen der (Körper-)Psychotherapie braucht es die Unterstützung von Therapeuten und Therapeutinnen: mit Brainspotting, Hypnose u.ä. lässt sich die Lebensqualität der Betroffenen spürbar verbessern.

Typisch für die chronische Müdigkeit ist auch der gestörte Schlaf-Wach-Rhythmus wegen der Übererregung des sympathischen Nervensystems, insbesondere Einschlafstörungen. Ausreichender Schlaf und Schlafhygiene können hierbei die Lebensqualität ebenfalls verbessern.

Verschiedenste Nahrungsergänzungsmittel werden als hilfreich verkauft. Wissenschaftlich bestätigt werden konnte bisher nur die positive Wirkung eiweissreicher Ernährung, von Vitamin B₁, B₆, B₁₂, D, Eisen, Folsäure und Ribose. Für manche Betroffenen ist Magnesium hilfreich, weil es reizdämpfend wirkt.

Auch wurden inzwischen im deutschsprachigen Raum verschiedene Selbsthilfegruppen



für Langzeit-COVID-Erkrankte gegründet – eine sehr wichtige Initiative für die Betroffenen, um Erfahrungen untereinander auszutauschen und sich gegenseitig zu unterstützen. Sehr schnell werden ihre Beschwerden vor-schnell abgewertet als «psychosomatisch».

Zusammenfassend hat sich personalisierte Rehabilitation in multidisziplinären Teams bewährt, insbesondere für ohnehin benachteiligte Personengruppen. Damit die Rehabilitation erfolgreich ist, braucht es eine gründliche Diagnostik, bei der die Funktionseinschränkungen genau beschrieben werden, und die Möglichkeiten, die Lebensqualität zu verbessern.

In a nutshell

In seltenen Fällen leiden Menschen nach einer überstandenen Vireninfektion an einer Autoimmunerkrankung, Chronique-Fatigue-

Syndrom (CFS) genannt. Diese Folgeerkrankung betrifft den ganzen Körper und zeigt sich in meist sehr unspezifischen Gesundheitsbeschwerden, unter denen wir alle ab und zu mehr oder weniger leiden, wie Kopfschmerzen, Müdigkeit oder Unwohlsein. Das Unheimliche am Chronique-Fatigue-Syndrom ist aber die unverhältnismässig starke Erschöpfung schon nach kleinsten geistigen oder körperlichen Anstrengungen, die sich über viele Stunden oder Tage hinziehen kann. Die wichtigste Empfehlung für Betroffene ist es, ihre Belastungsgrenzen genau zu erkunden, um solche Erschöpfungszustände zu vermeiden. Für Personalverantwortliche und Vorgesetzte heisst das, diese Selbsteinschätzungen ernst zu nehmen und die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess sehr langsam und vorsichtig anzugehen. Die gute Nachricht zum Schluss: In den allermeisten Fällen verschwinden diese gesundheitlichen

Einschränkungen nach einigen Wochen oder Monaten wieder.

WISSENSCHAFTLICHE NACHWEISE

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen, ME/CFS – eine ignorierte Krankheit. Charité Berlin, www.youtube.com/watch?v=yRSjpaTY30M&t=2079s



AUTORIN

Dr. phil.-hist. Hildegard Nibel arbeitet seit ihrem Psychologiestudium als Arbeitspsychologin in verschiedenen Funktionen und Organisationen im Bereich der beruflichen (Wieder-)Eingliederung – von der Leistungsdiagnostik über Laufbahnberatung bis zur Unternehmensberatung für Absenzen- und Casemanagement. Angetrieben von den geringen Erfolgen bei der Integration von Menschen mit belastenden Kindheitserfahrungen (ACE adverse childhood experiences) ins Arbeitsleben, hat sie angefangen, bifokale multisensorische Interventionen auszuprobieren, wie die Klopftechnik, und in den letzten Jahren über das neurogene Zittern geforscht, mit dem körperliche und seelische Einschränkungen behutsam im Verlauf von Wochen und Monaten aufgelöst werden können.

Wer anfängt, sollte bereits ans Aufhören denken

Kommunikationsfähigkeit gehört heute zu einer der wichtigsten Voraussetzungen für erfolgreiches Führen. Führungskräfte sollten wissen, wie sie Botschaften formulieren, damit sie bei den Adressaten ankommen. Doch gerade wenn es um die Kunst des Präsentierens geht, tun sich viele noch immer schwer. Festgefahrene Strukturen im Unternehmen und mangelnde Präsentationskenntnisse führen dazu, dass ein Auftritt bisweilen zum eigentlichen Desaster werden kann. Dies muss nicht sein.

■ Von Beatrice Müller

«Ähm, (räusper), schön sind Sie da, ähm, ich freue mich, dass Sie so zahlreich erschienen sind, ähm, (räusper), ähm, ich möchte Ihnen hier meine Präsentation zeigen, ähm ...»

So startet ein Webinar. Der Redner, ein versierter Rechtsexperte einer Bundesstelle, fühlt sich sichtlich unwohl in seiner Haut. Die Kamera verwirrt ihn offenbar derart, dass bereits der Anfang der Präsentation für ihn zu einer schier unüberwindbaren Hürde wird. Schnell schaltet er seine Slides auf den Bildschirm: eine mit Text dicht beschriebene Folie. Der Referent hat sich mittlerweile etwas gefasst

und redet immerhin in ganzen Sätzen. Professoren lieben es, zu Beginn eines Auftritts ein Inhaltsverzeichnis abzulesen. Sie glauben, so der Rede eine Struktur zu geben. In Wirklichkeit langweilen sie das Publikum schon von Anfang an.

Das Wichtigste: der Anfang ...

«Es war ein strahlender, kalter Tag im April und die Uhren schlugen Dreizehn.» George Orwell: 1984.

Wer kennt sie nicht, die berühmten ersten Sätze von Romanen. Es gibt mittlerweile gan-

ze Sammlungen von meisterhaften Anfängen der Weltliteratur.

Was in Romanen seit Langem erkannt wurde, sucht man bei Präsentationen oft vergebens: einen überzeugenden, kreativen Anfang, der beim Publikum Interesse für den Inhalt weckt.

Im Alltag tun wir uns oft schwer mit Anfängen. «Schreib den ersten Satz so, dass der Leser unbedingt auch den zweiten lesen will», bemerkte schon William Faulkner. Ob bei virtuellen Präsentationen oder live auf der Bühne – am Anfang entscheidet sich oft schon, ob ein Redner oder eine Rednerin mit der Präsentation Erfolg haben wird oder nicht.

Der Gründer und frühere Herausgeber des *SPIEGEL*, Rudolf Augstein, sagte einmal provokativ: Der erste Satz macht 40% eines Artikels aus, der letzte Satz weitere 40%. Für den eigentlichen Artikel bleiben 20%.

So überzeichnet das sein mag: Der Anfang und der Schluss sind das Wichtigste, sowohl bei einem Artikel als auch bei einem Auftritt. In den ersten 20 Sekunden entscheidet sich, ob man weiter zuhören will. Wer die ersten Sekunden verpatzt, hat meist alles verpatzt.