



„Es sollte möglichst ein Kardiologe in der Nähe sein“

Long-COVID-- Noch immer wird über die Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2-Infektion für das Herz diskutiert. Dr. Gabriele von Sanden berichtet im Interview über ihre Erfahrungen mit Long-COVID-Patienten – und betont, wie wichtig die kardiologische Expertise dabei ist.

INTERVIEW GEFÜHRT VON VERONIKA SCHLIMPERT



Nach akuten SARS-CoV-2-Infektionen können Beschwerden anhalten, ab 12 Wochen spricht man vom Post-COVID-Syndrom. © Dzmitry/stock.adobe

Frau Dr. von Sanden, Sie arbeiten als Kardiologin in einer Reha-Klinik, in der Long-COVID-Patienten behandelt werden. Wann spricht man überhaupt von „Long-COVID“?

Gabriele von Sanden: Hier gilt es, zwischen den unterschiedlichen Erkrankungsphasen zu unterscheiden: Es gibt die akute COVID-Erkrankung, die bis zu vier Wochen dauert, dann folgt die Phase der anhaltenden Symptome, die sich vier bis zwölf Wochen strecken kann und bei über zwölf Wochen anhaltenden oder sich in dieser Zeit neu entwickelnden Beschwerden spricht man von einem Post-COVID-Syndrom. Unter „Long-COVID“ werden sowohl die Patienten mit anhaltenden Beschwerden als auch die Post-COVID-Patienten zusammengefasst. Etwa 60 Prozent der SARS-CoV-2-infizierten Patienten haben länger anhaltende Probleme.

Mit welchen Beschwerden kommen die Patienten in Ihre Klinik, gibt es den „typischen Long-COVID-Patienten“?

Die Beschwerden können individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Meist wird Atemnot, Erschöpfung und Muskelschwäche beklagt. Generelle Bedingung für die Aufnahme in unsere Klinik ist, dass die Patienten einen Barthel-Index von mindestens 30 Punkten aufweisen und nicht mehr

COVID-19 positiv sind. Überwiegend liegen bei uns die Long-COVID-Patienten in der neurologischen Abteilung als Phase-C-Patienten. Sie weisen dann einen Barthel-Index von 30–75 auf. Das bedeutet, sie können sich unter Umständen nicht selber waschen, sich nicht selbst ankleiden, benötigen gegebenenfalls Hilfe beim Transfer vom Rollstuhl ins Bett, zum Teil sogar Hilfe beim Essen und Toilettengang. Solch schwere Fälle liegen nicht auf der kardiologischen Station, weil die kardiologische Reha nicht auf solche Patienten ausgerichtet ist. Für die Aufnahme in die Kardiologie sollten die Patienten einen Barthel-Index von mindestens 75 Punkten aufweisen.

Nichtsdestotrotz ist auch bei Patienten mit geringerem Barthel-Index der Kardiologe gefragt. Viele Patienten haben beispielsweise ein sog. „Post Intensiv Care“-Syndrom, und leiden nicht nur an neurologischen, sondern unter anderem auch an respiratorischen Beschwerden.

Wenn ich Sie richtig verstehe, behandeln Sie vor allem Patienten, die einen schweren COVID-19-Verlauf durchgemacht haben und auf Intensivstation waren?

Überwiegend ja, die meisten Patienten waren auf der Intensivstation gelegen, hatten eine Pneumonie, mussten beatmet werden oder waren sogar an ei-

„Abklärungsbedürftig ist vor allem die Atemnot.“



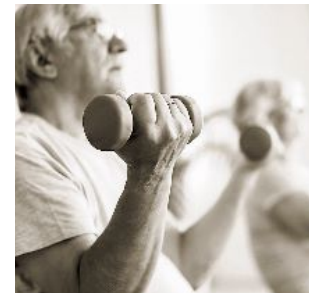
Dr. Gabriele von Sanden-- arbeitet als Chefärztin der Kardiologie in der Reha Asklepios Klinik Schaufling, und betreut in diesem Rahmen Long-COVID-Patienten. © Credit



© Phynart Studio/Getty Images/iStock



© StokImagBrasil/stock.adobe.com



© Drazen Zigic/Getty Images/iStock

Symbolbilder mit Fotomodellen (5)

Aspekten wichtig sein. Die Patienten haben oft Angst und trauen sich nicht, sich zu belasten, wenn sie beispielsweise Herzstolpern verspüren. Wenn dann im EKG und Langzeit-EKG keine Auffälligkeiten gefunden werden und die Herzfunktion normal ist, kann man sie beruhigen und zum Training ermutigen.

Eine kardiologische Abklärung gehört bei Long-COVID-Patienten also dazu, wie sieht diese bei Ihnen konkret aus?

Ich leite bei allen Patienten – bevor ich sie belaste – ein Ruhe-EKG ab im Hinblick auf Rhythmus, ggf. Entzündung oder KHK und führe eine Echo-kardiografie durch, um insbesondere die Herzfunktion zu beurteilen. Einen Pleuraerguss gilt es, ebenfalls auszuschließen. Falls die Untersuchungen unauffällig sind, belaste ich die Patienten, sofern das möglich ist, auf einem Fahrradergometer und messe dabei die Sauerstoffsättigung und den Kohlenstoffdioxiddruck im Blut transdermal über eine Sonde am Ohr-läppchen.

Ganz interessant ist, dass von den 16 Patienten, die ich bisher untersucht habe und die im Zuge der COVID-Erkrankung eine Pneumonie entwickelt hatten, die Hälfte unter einer solchen Belastung einen Abfall der Sauerstoffsättigung erleiden. Teilweise war die Abnahme sehr schwerwiegend. Bei zwei Patienten etwa fiel die O₂-Sättigung bereits bei 25 Watt unter 90 Prozent, also bei einer sehr geringen Belastung, die etwa langsamem Gehen entspricht. Normal ist eine Sauerstoffsättigung von über 95 Prozent. Diese Patienten haben dann oft auch eine Restriktion in der Spirometrie, was auf eine strukturelle Lungenerkrankung hindeutet. Diese Erkenntnis ist deshalb so wichtig, weil es für Patienten mit einer Hypoxämie bei Belastung eine Behandlung gibt, sie benötigen Sauerstoffgabe bei Belastung. Ein Sauerstoffgerät kann sogleich verordnet werden, wenn bei der Belastung unter O₂-Gabe ein pCO₂-Anstieg ausgeschlossen wurde.

Die Patienten sind also zum Teil kaum mehr belastbar, waren in diesen Fällen schon vor der Infektion Vorerkrankungen bekannt?

In der Regel hatten die Patienten vor der Infektion keine Vorerkrankungen, auf die sich ihre aktuellen Beschwerden zurückführen lassen. Im Gegenteil, zum Teil waren die Patienten, die ich betreue, ziemlich durchtrainiert und fit. Die meisten unserer Patienten momentan sind zwischen 55 und 70 Jahre alt.

Ob SARS-CoV-2 auch dauerhaft eine Herzbeteiligung mit sich ziehen kann, darüber wird noch diskutiert. Wie sind Ihre Erfahrungen bisher? Die dazu veröffentlichten Studien sind ja etwas widersprüchlich...

Alle Patienten, die ich bisher untersucht habe, hatten eine normale Herzfunktion. Ich selbst habe schon Patienten behandelt, die im Rahmen der Akutinfektion einen Herzinfarkt entwickelt haben. Ich hatte auch eine Patientin in der Anschlussheilbehandlung, bei der im Verlauf der Erkrankung eine Rhyth-

ne ECMO angeschlossen. Diese Patienten werden dann unmittelbar nach der Behandlung im Akutkrankenhaus zu uns übermittelt im Sinne einer Anschlussheilbehandlung. Wir behandeln aber auch Patienten, die weniger schwer erkrankt sind. Nicht selten liegt die Infektion dann schon länger zurück und die Beschwerden persistieren.

Welche Beschwerden sind Ihrer Ansicht nach aus kardiologischer Sicht besonders relevant?

Abklärungsbedürftig ist vor allem die Atemnot, weil diese verschiedenste Ursachen haben kann, und eben auch kardiologische. Die wichtigste Botschaft, die ich als Kardiologin deshalb habe, ist: Bei der Behandlung von Long-COVID-Patienten im Rahmen einer Rehabilitation sollte möglichst ein Kardiologe hinzugezogen werden, selbst wenn die Patienten in der Neurologie, Pneumologie oder Orthopädie liegen. Insbesondere für die Abklärung einer Atemnot bei Belastung ist die Expertise des Facharztes gefragt. Denn wenn wirklich eine Myokarditis oder eine Herzinsuffizienz hinter den Beschwerden steckt und dies nicht erkannt wird, bevor der Patient mit dem Training beginnt, kann das für ihn gefährlich werden.

Eine kardiologische Abklärung kann aber auch unter psychologischen



Cardio Aktuell

► musstörung aufgetreten ist, diese ließ sich mit einem Antiarrhythmikum behandeln. Recht oft scheint es im Kontext mit der Infektion zu thromboembolischen Komplikationen zu kommen, vor allem Lungenembolien habe ich des Öfteren gesehen. Auf neurologischem Gebiet gibt es einige Patienten mit Schlaganfällen während oder nach COVID.

Was ist mit Myokarditiden?

Diese sind sehr selten, aber man sollte eine Myokarditis möglichst ausschließen. Ich weiß von einem Fall, den Prof. Halle aus München publiziert hat: Ein Leistungssportler entwickelte im Zuge einer SARS-CoV-2-Infektion eine Myokarditis mit Herzerweiterung. Dieser Patient wäre sicher gefährdet gewesen, wenn er das Training sogleich wieder begonnen hätte. Daher fordert Prof. Halle bei Leistungssportlern ein EKG und eine Echokardiografie vorzunehmen, sowie angepasste Pausen, ehe sie zum Training zurückkehren. Das handhabte ich auch bei meinen Patienten so.

Wie gestaltet sich das Reha-Programm bei Ihnen im Allgemeinen, welche Therapieansätze verfolgen Sie?

Wir verfolgen einen ganzheitlichen Therapieansatz mit – falls erforderlich – interdisziplinärer Betreuung der Patienten. Insgesamt stehen uns derzeit 270 Betten zur Verfügung, die auf drei Abteilungen verteilt sind: Neurologie (etwa

„Zum Teil sind die Patienten wirklich traumatisiert.“

die Hälfte aller Betten), Kardiologie und Orthopädie. Der Vorteil einer großen Klinik mit vielen Abteilungen ist, dass sich gut verschiedene Patientengruppen bilden lassen, und dadurch eine individuelle Betreuung möglich wird.

Ziel des Rehabilitationsprogrammes ist es, eine vollständige Heilung zu erreichen. Wenn das nicht möglich ist, vermitteln wir sog. Copingstrategien. Hier wird versucht, den Patienten eine Alltags-teilhabe zu ermöglichen, also bei Jüngeren z. B. die Rückkehr zum Beruf, bei Älteren die Rückkehr zur Familie und der Erhalt der Selbstständigkeit, auch die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

Die Behandlung besteht zum einen aus Bewegungstherapie. Patienten mit kardiologischen Beschwerden absolvieren z. B. ein Ergometertraining. Speziell für Patienten mit einer Herzinsuffizienz wird ein Intervalltraining angewandt, worunter die Muskulatur herzschonend trainiert wird. Das Training ist immer individuell abgestimmt auf die Leistungsfähigkeit des Patienten. Wer das Fahrradergometer nicht schafft, absolviert beispielsweise ein Training auf dem Sitzfahrrad oder ein Gehtraining – immer unter Aufsicht eines Sporttherapeuten. Daneben gibt es bei uns noch Atemgymnastik, Entspannungsverfahren wie Yoga und progressive Muskelentspannung oder Osteopathie. Und – ganz wichtig – die Patienten erhalten, wenn sie es benötigen, eine intensive psychologische Betreuung. Nicht wenige Long-COVID-Patienten haben Gedächtnisschwierigkeiten und Aufmerksamkeitsstörungen, diese werden dann von Neuropsychologen getestet und geschult. Oft sind die Patienten emotional stark angegriffen, zum Teil wirklich traumatisiert, von dem, was sie erlebt haben, wenn Familienmitglieder an COVID verstorben sind, kein Abschied mehr möglich war usw. Wir bieten auch sehr spezielle Therapien an, zum Beispiel Aromatherapie bei COVID-Patienten mit anhaltendem Geschmacks- oder Geruchsverlust.

In unserer Klinik können wir auf eine langjährige Erfahrung in der Nach-



© andresr/Getty Images/iStock



© wanderluster/Getty Images/iStock

„Viele der Patienten können sich nicht selbst anziehen, waschen oder essen.“

betreuung von Langzeitbeatmeten zurückgreifen.

Die Probleme sind ähnlich und es gibt Überschneidungen, weil COVID-Patienten ja zum Teil lange beatmet wer-

den. Beiden gemeinsam ist unter anderem der Muskelschwund, auch „intensive care unit acquired weakness“ genannt oder die Entwicklung einer „critical illness neuropathie“.

Wie erfolgreich ist das Reha-Programm?

Das ist individuell sehr unterschiedlich, es gibt leichte und schwere Fälle. Eine Heilung, d. h. das Verschwinden aller Beschwerden, wird bei schwe-

ren Fällen nicht erreichbar sein. So ist bei einem Patienten, der im Rollstuhl zu uns kommt, zum Beispiel ein erreichbares Ziel, dass er am Ende mit dem Rollator gehen kann. Das kann ziemlich lange dauern und sich teilweise über Monate hinziehen. Bei einer guten Prognose wird die Reha verlängert, sodass die Patienten durchaus länger hier sind, bis das Ziel erreicht ist. Allgemein gilt, dass sich bereits nach dreiwöchiger Reha die Lungenfunktion, die körperliche Leistungsfähigkeit und die Fatigue-Symptomatik messbar verbessern. Deshalb kann bei anhaltender Symptomatik im Rahmen eines Long-COVID-Syndroms ein Reha-aufenthalt sehr empfohlen werden ■ **Vielen Dank für das Gespräch!**

Impella® Herzpumpe

Stabilisierung. Entlastung. Erholung.

ABIOMED
Recovering hearts. Saving lives.

Impella CP® mit SmartAssist®
Technologie der nächsten Generation zur Herzerholung

Impella Herzpumpe mit fiberoptischem Drucksensor zur genauen Positionskontrolle.

Erweiterte Kennzahlen auf dem AIC* helfen bei Positionierung, Management und Entwöhnung der Pumpe.

Impella Connect cloudbasierte Remoteansicht des AIC für ein teamorientiertes und besseres Patientenmanagement.

IMP-2393

* Automated Impella® Controller

heartrecovery.de