

# Vorwort

*Yesim Erim und Volker Köllner*

Im März 2025, als unser Buch fertiggestellt wurde und die letzten Manuskripte eingingen, geschah dies fast zeitgleich mit dem fünften Jahrestag des Beginns der COVID-19-Pandemie. In der Öffentlichkeit wird nun darüber diskutiert, welche Maßnahmen damals adäquat waren und welche vielleicht über das Ziel hinausgeschossen sind. Die Kränkung und der Ärger der Personen, die sich durch die Maßnahmen während der Pandemie bevormundet und unterworfen gefühlt haben, wird in dieser Diskussion weiterhin vehement zum Ausdruck gebracht – es bleibt zu hoffen, dass dies langfristig zu mehr gegenseitigem Verständnis und einer Versöhnung führen kann. Nicht vergessen werden sollte dabei das große Engagement aller, die mit ihrer Anstrengung dazu beigetragen haben, dass wir glimpflich durch die Pandemie gekommen sind – genannt seien hier die Beschäftigten im Gesundheitswesen, in Kindergärten und Kitas sowie in Geschäften, die auch in den Hochzeiten der Pandemie offen blieben, Eltern, die Schulschließungen kompensieren mussten und auch die Entscheidungsträger in der Politik. Sinnvoll ist auf jeden Fall eine rationale Aufarbeitung der getroffenen Maßnahmen, um im Falle einer weiteren Pandemie besser gewappnet zu sein und auf sicherer Grundlage entscheiden zu können.

Für die Gruppe der vom Post-COVID-Syndrom (PCS) Betroffenen ist die Pandemie jedoch noch nicht vorbei, ihr Leiden geht weiter. Auch bei Ihnen war die Kränkung und Hilflosigkeit, gefolgt von Wut, oft zu spüren. Die Autor:innen dieses Werkes haben zusammen mit Betroffenen Konzepte zum Krankheitsverständnis und zur Therapie entwickelt. Ihre Gefühle zu verstehen und mit ihnen umgehen zu können, ist ein wichtiger Bestandteil dieser Arbeit gewesen.

In den meisten Fällen bessern sich Beschwerden nach einer akuten COVID-19-Infektion innerhalb weniger Wochen. Über 10% der Betroffenen leiden jedoch auch nach drei Monaten noch unter anhaltenden Beschwerden – ab dann sind die diagnostischen Kriterien eines PCS erfüllt. Krankheitsdauern von zwei Jahren und mehr sind keine Seltenheit und der Langzeitverlauf lässt sich immer noch nicht abschätzen. Diese anhaltenden, mit COVID-19 assoziierten und nicht durch eine andere Erkrankung erklärbaren Beschwerden, werden gemäß der Definition der WHO als Post-COVID-Syndrom (PCS) bezeichnet. In Deutschland hat sich auch der synonym benutzte Begriff Long-COVID etabliert. Bei ca. 2 % der Post-COVID-Betroffenen ist die Symptomatik so deutlich ausgeprägt, dass schwerwiegende Einschränkungen im Beruf, Sozialleben und der allgemeinen Lebensführung vorliegen. Spätestens dann wird eine Behandlung und/oder eine Rehabilitation notwendig. Häufigste Beschwerden sind Fatigue, schnelle körperliche und geistige Erschöpfbarkeit einschließlich Post-exertioneller Malaise (PEM) sowie Konzentra-

tions- und Gedächtnisstörungen. Atembeschwerden, die in den ersten beiden Jahren der Pandemie noch häufige PCS-Beschwerden waren, sind etwas zurückgetreten.

Schon früh wurde klar, dass es Risikofaktoren für die Entstehung eines PCS gibt: Hierzu gehören weibliches Geschlecht, eine genetische Disposition sowie eine Infektion mit frühen Virusvarianten, während eine Impfung das Risiko um ca. 40% senkt. Somatische Risikofaktoren sind vorbestehende Autoimmunerkrankungen, Asthma, Adipositas und arterielle Hypertonie, aber auch eine vorbestehende Depression, Angststörungen oder Bewegungsmangel. Trotz dieser bekannten Risikofaktoren kann nicht individuell vorhergesagt werden, wer ein PCS entwickeln wird. Ebenso wenig existiert ein Labortest, der ein PCS objektivieren kann – die Diagnose wird klinisch gestellt.

Eine immer noch unterschätzte Rolle spielen die o. g. psychosozialen Belastungen während der Pandemie. Dabei sollte man das PCS nicht ohne die Pandemiefolgen betrachten. So zeigte z.B. die multizentrische Voice-Studie, die die psychischen Belastungen des Gesundheitspersonals an fünf Messzeitpunkten und bei über 30.000 Teilnehmenden untersuchte, dass soziale Belastungen während der Pandemie das Risiko erhöhten, spezifische PCS-Symptome zu entwickeln, während soziale Unterstützung ein protektiver Faktor war. Uns erstaunt, dass das Überwiegen der Frauen beim PCS bisher fast nur unter biologischem Gesichtspunkt betrachtet wurde – ob es eine Rolle spielt, dass Frauen durch die Lockdowns meist stärker belastet waren als Männer, wurde bisher kaum untersucht.

Trotz aller Forschungsbemühungen auf somatischem Gebiet gibt es bisher keine schlüssige biomedizinische Theorie zur Entstehung des PCS, ebenso wenig gibt es verlässliche Biomarker zur Diagnostik. Auch für somatische Therapieverfahren gab es bisher keinen Wirksamkeitsnachweis. Dies mag zu der Annahme verleiten, dass somatische Hypothesen zur PCS-Entstehung in eine Sackgasse führen und die Symptomatik doch überwiegend psychisch verursacht wird.

Vor dieser Schlussfolgerung möchten wir ausdrücklich warnen! Zum einen sprechen die zahlreichen und komplexen, in ► Kap. 2 dieses Bandes dargestellten Befunde deutlich für das Vorliegen einer somatischen Pathologie, auch wenn diese bisher noch nicht vollständig entschlüsselt werden konnte. So zeigte sich z. B., dass die kognitiven Störungen beim PCS weitgehend unabhängig von einer depressiven Symptomatik bestehen und sich entwickeln. Zum anderen ist es durchaus wahrscheinlich und im Interesse der Betroffenen zu wünschen, dass in Kürze doch eine wirksame somatische Therapie, zumindest für einzelne Symptomkomplexe und Subgruppen der PCS-Betroffenen, gefunden wird – auch wenn es wahrscheinlich nicht die »Wunderpille« sein wird, die alle Symptome vollständig neutralisiert. Leider hat sich die Debatte um die Ursachen des PCS – vergleichbar zur Debatte um ME/CFS – emotional sehr aufgeheizt und zeitweise auf die falsche Alternative »psychisch oder somatisch verursacht« zugespitzt, was psychotherapeutische Ansätze zumindest zeitweise bei einem Teil der Betroffenen diskreditiert hat. Längst überwunden geglaubtes dualistisches Denken kehrte in der PCS-Debatte mit teilweise erschreckender Wucht zurück. Zum Glück hat sich die Debatte inzwischen wieder verschärflicht, wozu in Deutschland auch der von Gesundheitsminister Lauterbach initiierte und persönlich moderierte »Runde Tisch«, an dem alle rele-

vanten Expert:innen, Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen beteiligt waren, beigetragen hat.

Aus unserer Sicht ist das PCS sowohl paradigmatisch für das bio-psycho-soziale Modell als auch durch seine Komplexität ein Prüfstein dafür, wie ernst es uns mit diesem Modell ist. Sowohl in der Betrachtung, die primär psychische Probleme beim Post-COVID-Syndrom erkennt, als auch auf der Seite der ausschließlich somatischen Medizin gibt es die Gefahr des Reduktionismus. Aus diesem Grund haben wir sowohl der körperlichen Symptomatik als auch dem psychoneuroimmunologischen Verständnis des Bedingungsgefüges des PCS und dem psychologischen Konzept der Krankheitsbewältigung in diesem Band viel Raum gegeben. Wir halten es nicht für hilfreich, dieses Krankheitsbild als somatoforme Störung zu konzeptualisieren. Auch die Einordnung unter die ICD-11-Kategorie »Somatische Belastungsstörung« (SBS) halten wir für eher problematisch. Zwar ist diese im Gegensatz zur somatoformen Störung ätiologiefrei definiert. Diagnostische Kriterien für die SBS sind aber u. a.:

- »..., dass es körperliche Beschwerden gibt, die für die Betroffenen eine Belastung darstellen, die sich durch eine übermäßige Aufmerksamkeit, die auf die Beschwerden gerichtet ist und durch wiederholte Kontakte mit Gesundheitsdienstleistern äußern kann.
- Wenn ein anderer Gesundheitszustand die Beschwerden verursacht oder zu ihnen beiträgt, ist der Grad der Aufmerksamkeit im Verhältnis zu Art und Verlauf eindeutig übermäßig. Die übermäßige Aufmerksamkeit wird nicht durch geeignete klinische Untersuchungen und Untersuchungen sowie durch angemessene Beruhigungsmaßnahmen gemildert.« (Hausteiner-Wiehle, 2024)

Nach unserer inzwischen über vierjährigen klinischen Erfahrung mit Hunderten von PCS-Betroffenen sind es aber bei der Mehrzahl der Betroffenen eben doch die Beschwerden selbst und die hierdurch hervorgerufenen Einschränkungen, die die Belastung auslösen. Außerdem kann es bereits durch Patient:innenschulung und Psychoedukation gelingen, die den Beschwerden geschuldete Aufmerksamkeit und das Inanspruchnahmeverhalten im Gesundheitswesen deutlich zu reduzieren. Das Bedürfnis der Betroffenen nach einer rationalen und für sie nachvollziehbaren Erklärung für ihre Beschwerden erscheint sowohl nachvollziehbar als auch – zumindest partiell – erfüllbar. Auch das ehrliche Aufzeigen der Grenzen bezüglich unseres Wissens über die Natur ihrer Erkrankung ist nach unserer Erfahrung für die Betroffenen hilfreich.

Hier können wir sehr von der Erfahrung mit dem Fibromyalgiesyndrom (FMS) profitieren. Eine voreilige psychogenetische Krankheitsdefinition führte auch hier bei den Betroffenen zunächst zu einer heftigen Gegenreaktion. Die ehrliche Feststellung, dass auch wir Psychosomatiker:innen das FMS weder kausal erklären noch wegtherapieren können, hat es zusammen mit der zunehmenden Evidenz für psychosomatische Behandlungsansätze ermöglicht, eine Brücke zu den Betroffenen zu bauen. Ein weiteres Beispiel für eine gelungene Integration des bio-psycho-sozialen Modells ist die Psychokardiologie. Niemand käme auf die Idee, einen Herzinfarkt als primär psychogen ausgelöstes Krankheitsbild anzusehen. Gleich-

zeitig gibt es aber inzwischen empirisch gut gesichertes Wissen darüber, welchen Einfluss psychosoziale Risikofaktoren wie zum Beispiel Depressivität, Traumatisierung oder Einsamkeit auf die Entstehung eines Herzinfarktes haben und welche psychosozialen Behandlungsmöglichkeiten die Lebensqualität und die Prognose der Betroffenen verbessern können. Dieses Wissen hat inzwischen dazu geführt, dass psychosomatische Inhalte in die Facharzt-Weiterbildung Kardiologie integriert wurden und das auch die Patient:innen-Vertreter:innen entsprechende Behandlungsbasteine in der Versorgung fordern.

Gemäß dem bio-psycho-sozialen Ansatz der psychosomatischen Medizin sind in der Zwischenzeit erste erfolgreiche Therapieansätze entstanden und empirisch evaluiert worden. Hierzu gehören die kognitive Verhaltenstherapie, eine individuell auf die wechselnde Belastbarkeit der Betroffenen abgestimmte Bewegungstherapie und die Integration beider in multimodale rehabilitative Konzepte. Ein in unseren Kliniken inzwischen praktisch und wissenschaftlich überprüftes Therapiekonzept wird im Praxisteil vorgestellt.

Die in diesem Buch enthaltenen Informationen sollen vor allem ärztliche und psychologische Psychotherapeut:innen dazu befähigen, syndromspezifisch zu arbeiten und die Patient:innen in der hausärztlichen Praxis im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung angemessen zu betreuen. Es ist kein Therapiemanual im engeren Sinne, das konkrete Handlungsschritte vorgibt. Es soll vor allem aktuelle Informationen zu diesem besonderen Krankheitsbild geben, die für das individuelle therapeutische Vorgehen nutzbar gemacht werden können.

Im ersten Teil wird vor allem das aktuelle Wissen zu den biologischen und psychischen Grundlagen des PCS dargestellt. Wichtig ist uns auch ein Beitrag, der das PCS vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung des Verständnisses von Erschöpfungssyndromen insgesamt beschreibt.

Im zweiten Teil werden dann klinische Konzepte und sowohl das psycho- als auch das spezielle bewegungstherapeutische Vorgehen beim PCS dargestellt – womit die beiden aktuell evidenzbasierten Behandlungsansätze vorgestellt werden. Angesichts der eingeschränkten Mobilität schwer betroffener PCS-Patient:innen – die sowohl bewegungs- als auch psychotherapeutische Hilfe oft in besonderer Weise benötigen, aber nicht erreichen können – gewinnen hier online-basierte Behandlungsmöglichkeiten an Bedeutung. Zum Abschluss erfolgt ein Blick über die Grenze nach Luxemburg – wo schon früh ein gut strukturiertes Managed-Care-Konzept für alle PCS-Betroffenen umgesetzt wurde. Dieser Ansatz erscheint uns sowohl zur Ermöglichung einer flächendeckenden Behandlung der Betroffenen auf evidenzbasierter Grundlage als auch aus wissenschaftlicher Perspektive vorbildlich.

Abschließend möchten wir uns sowohl bei den Autorinnen und Autoren dieses Bandes für ihr Engagement bedanken als auch bei allen PCS-Betroffenen, die mit ihren Rückmeldungen in der Therapie und ihrer zahlreichen Beteiligung an den Forschungsprojekten zum PCS dieses Buch ermöglicht haben.

## Literatur

Hausteiner-Wiehle C. (2024). Krank, weil der Körper (sich) beschwert: von somatoformen Störungen der ICD-10 zur somatischen Belastungsstörung der ICD-11. *PiD – Psychotherapie im Dialog*; 25: 26–32.