

Long Covid, Post Covid und ME/CFS: Worauf sollten wir Psychotherapeut*innen achten?



Dipl. Psych. Bettina Grande

Psychologische Psychotherapeutin, TP und PA

Berufspolitik im bvvp-Baden-Württemberg

Berufliche Stationen:

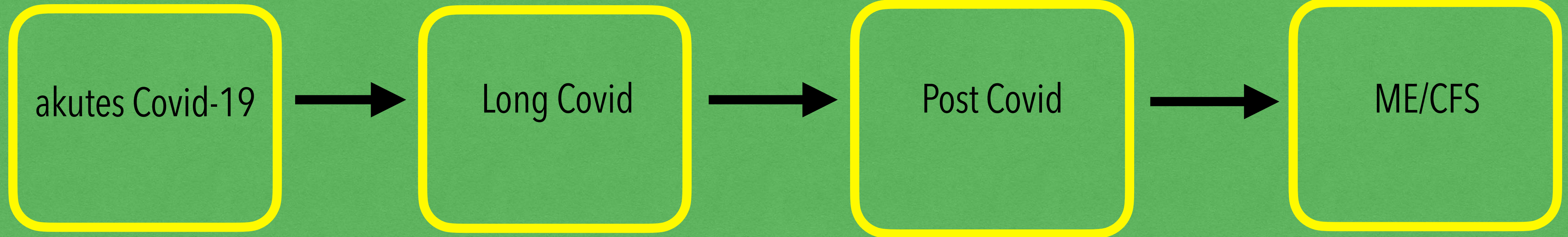
- 1992-1998 Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg
- 1998-2006 ZSP Heppenheim: Akut-Psychiatrie, Aufbau und Leitung der Mutter-Kind-Einheit
- Seit 2006 Niedergelassen mit Versorgungspraxis in Heidelberg

LONG COVID, POST COVID UND ME/CFS

1. Long Covid, Post Covid, MECFS
2. Post Exertional Malaise (PEM)
3. F-Diagnostik: Doppeldiagnosen und Fehldiagnosen
4. LC/PC/ME/CFS-Patient*innen im Versorgungssystem
5. LC/PC/ME/CFS-Patient*innen in der psychotherapeutischen Praxis
6. Fazit



SARS-CoV2 Infektion



4 Wochen

8 Wochen

12 Wochen

1/2 Jahr

bestehende und neue Symptome

AUS POST COVID KANN ME/CFS WERDEN

“It’s extraordinary how many people [with Covid-19] have a post-viral syndrome that’s very strikingly similar to myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome.

— DR. ANTHONY FAUCI

DIRECTOR OF NIAID, U.S. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH
MEMBER OF THE WHITE HOUSE CORONAVIRUS TASKFORCE



*Topol E., Verghese A. "Fauci to Medscape: 'We're All In It Together...'" Medscape (July 17, 2020)
Available online: https://www.medscape.com/viewarticle/933619#vp_3*

AUS POST COVID KANN ME/CFS WERDEN ...

31.08.2022:

**Eine Charité-Studie liefert Belege für diese
lang gehegte Annahme**

<https://link.springer.com/article/10.1007/s15010-020-01464-x>

<https://www.nature.com/articles/s41467-022-32507-6>

ME/CFS

Seit 1969 in der ICD!

MYALGISCHE ENZEPHALOMYELITIS / CHRONISCHES FATIGUE-SYNDROM


- PRÄVALENZ 0,3%- 0,8 %
- IN DEUTSCHLAND CA. 300.000 BETROFFENE
- 40.000 KINDER
- 2/3 FRAUEN
- ERKRANKUNGSGIPFEL 15 - 40 JAHRE
- KANN IN JEDEM ALTER AUFTRETEN
- CHRONISCH, NUR 10-30 % BESSERUNG
- DIE MEISTEN ERKRANKTEN SIND NICHT MEHR ARBEITSFÄHIG
- ICD-10 G93.3, ICD-11 8E49

BESONDERS JUNGE LEUTE MIT LONGCOVID TREFFEN MEHR UND MEHR IN DEN HAUSARZTPRAXEN EIN

 **Schwesterfraud...** · 12.02.21 ...

#LongCovid (**#PostCovid**) wird uns noch lange begleiten. Inzwischen sehen wir die Folgen. Ich habe täglich Patienten in der Praxis, die vor Wochen **#COVID19** hatten und nun unter Fatigue, Kurzatmigkeit und Herzrasen leiden. Auch bei sehr harmlosen Verläufen und sehr jungen Menschen.





 147  914  4.052 

 **Dr. Pappa** @Der... · 23.04.22 ...

Antwort an @ [REDACTED]

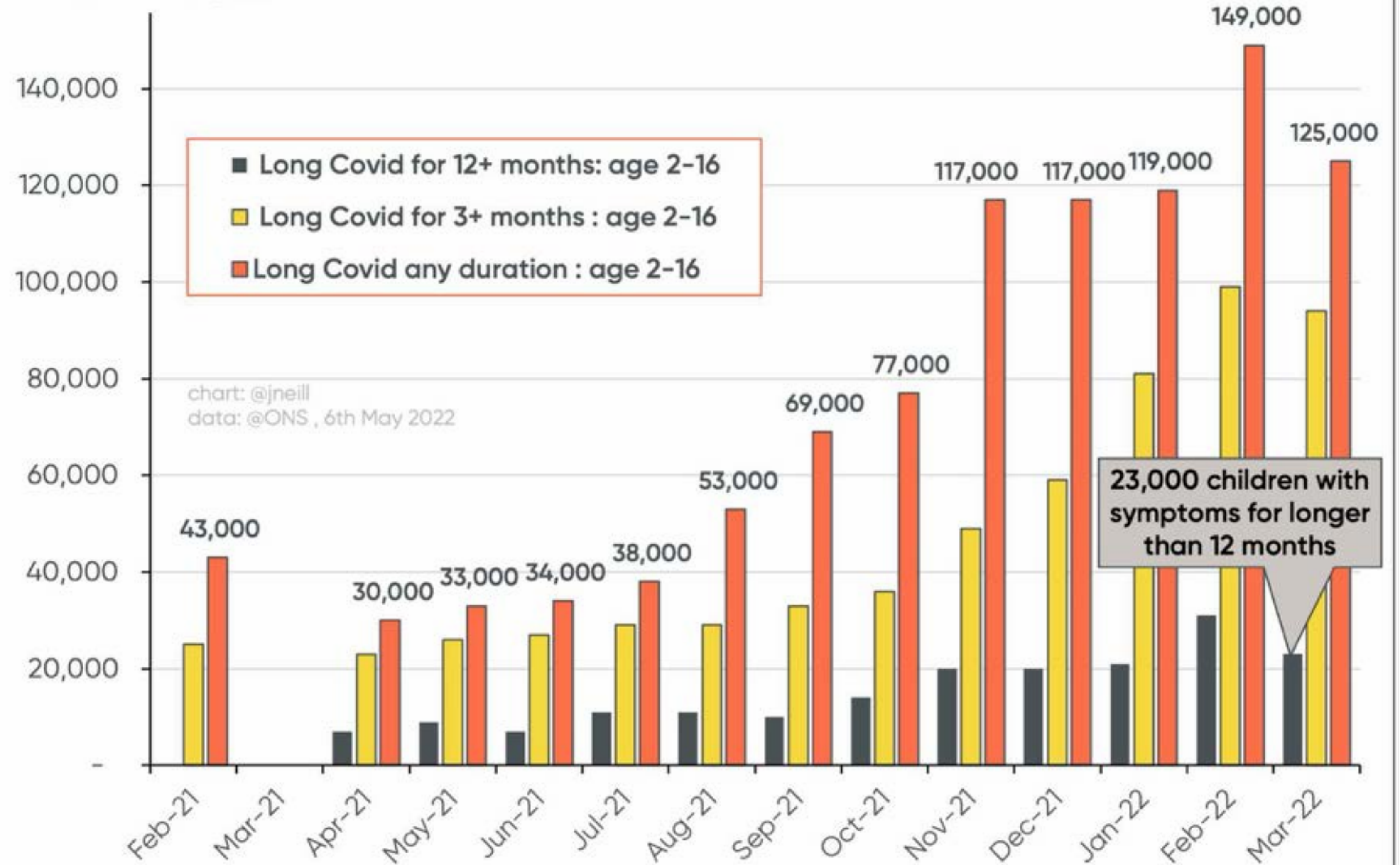
[REDACTED]

Klar. Der 24jährige, den ich in der Praxis behandle, der hat echt Bock drauf, nicht mehr als 200 m laufen zu können, weil er **#LongCovid** hat. Oder die 26jährige Intensivkrankenschwester, die seit 1 1/2 nicht arbeiten kann, **#LongCovid**. Kann das nahezu beliebig fortsetzen.

   2 

LONG COVID KIDS

Children with Long Covid (UK, ONS)



WELTWEIT:
145 MILLIONEN

LONG COVID FÄLLE IN EUROPA: 17
MILLIONEN (WHO, 13.09.22)

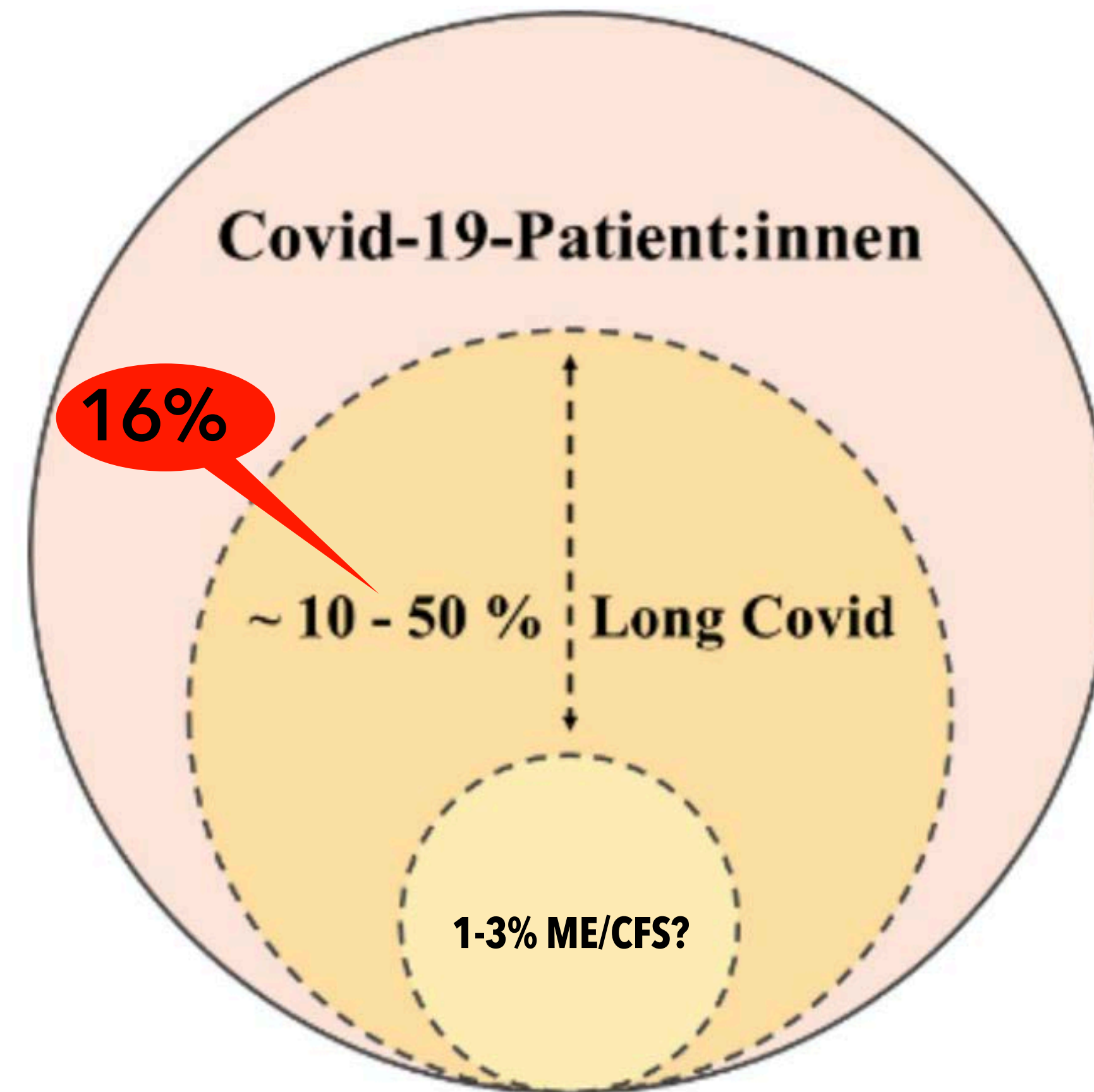


Abb. 3: Spannweite der geschätzten Long-COVID-Prävalenz.

ME/CFS IST KEIN SYMPTOM!

FATIGUE

bleierne, extreme Erschöpfung bzw. Müdigkeit

↳ CHRONISCHE FATIGUE



kann sehr lange anhalten bzw. chronisch werden

SYMPTOM, das verschiedene Krankheiten begleitet bzw. nach Infekten, Chemotherapien oder Impfungen auftreten kann.

ME/CFS (= MYALGISCHE ENZEPHALOMYELITIS / CHRONIC FATIGUE SYNDROM)

Aktuell **unheilbare**, schwere neuroimmunologische **MULTISYSTEMERKRANKUNG** mit vielen Symptomen & Begleiterkrankungen.
Charakteristisch:
Belastungsintoleranz



Dieser Name **verharmlost** & ist deshalb umstritten. Die Reduktion auf das Symptom "Fatigue" ist **falsch!**

~~"MÜDIGHEITSSYNDROM"~~

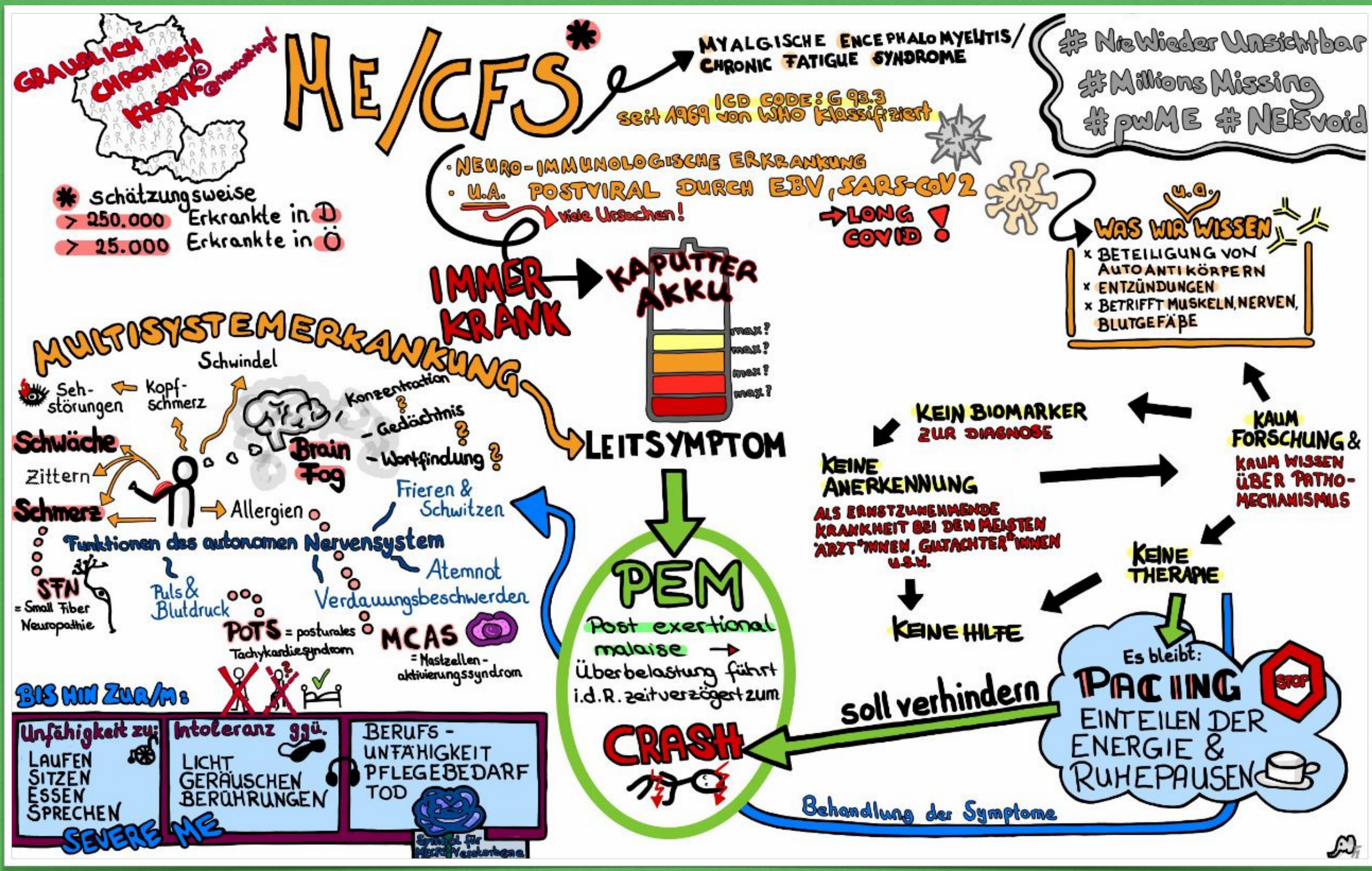
Viel deutet darauf hin, dass eine Teilgruppe der **Long-Covid** Patient*innen ME/CFS entwickelt.

Erkenntnisse aus der ME/CFS-Forschung und -behandlung sollten für Long Covid herangezogen werden und die **Long-Covid-Forschung und -versorgung** für **ME/CFS Betroffene** geöffnet werden.

ME/CFS ist demnach kein Symptom von Long Covid, sondern eine eigene sehr ernst zunehmende Krankheit, und (diese Form von) Long Covid ist **keine neue Krankheit**.

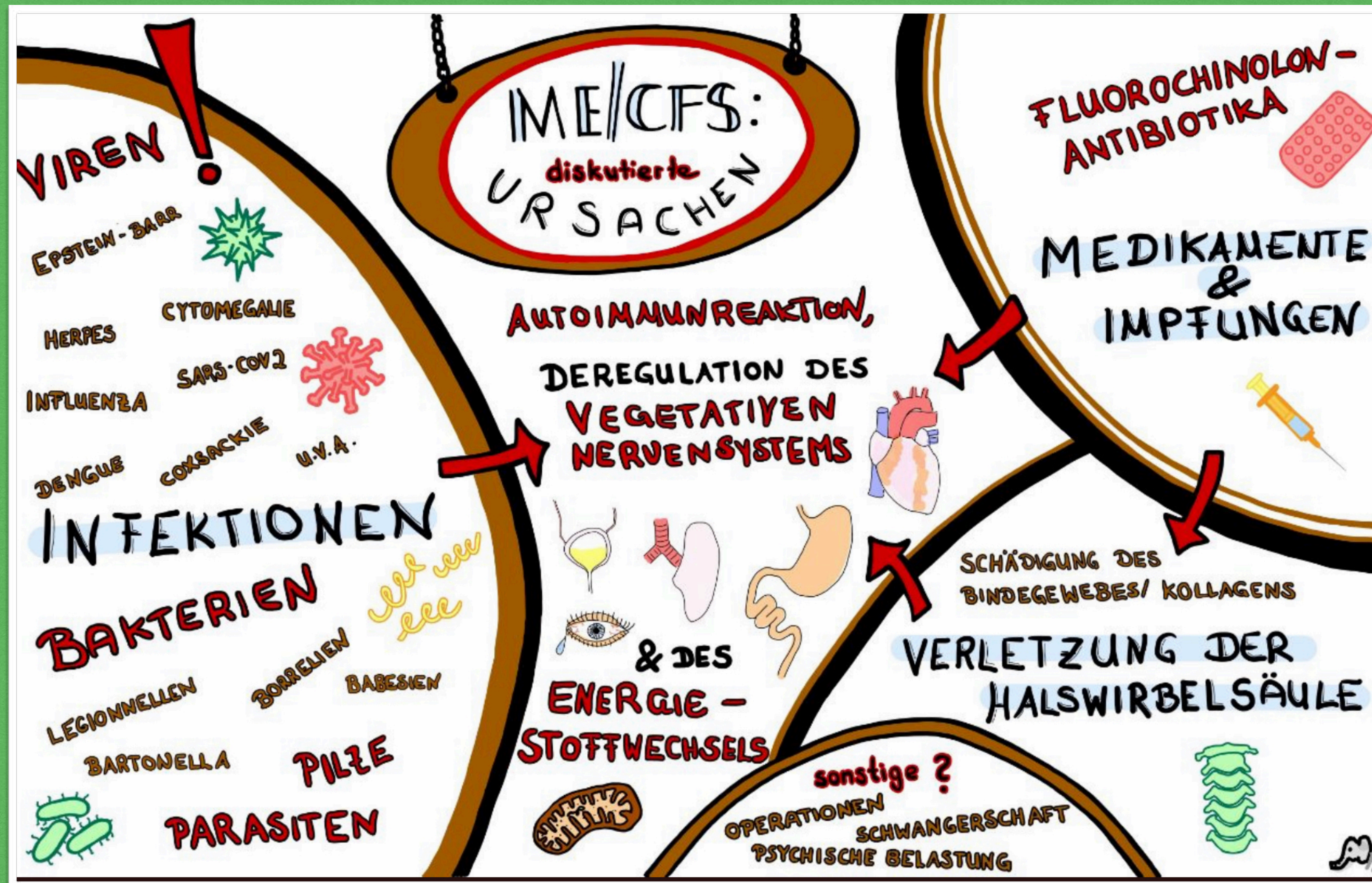
- # Nie wieder Unsichtbar
- # Millions Missing
- # pwME # NEISvoid





ZEICHNUNG: FRANZISKA HANNIG

Hypothesen zur Entstehung von Long Covid / ME/CFS



- Immunsystem
- Gefäße
- Nerven

ZEIT  ONLINE


**»Long Covid ist nicht genau definiert,
es gibt mehr als 200 Symptome.
Wissenschaftler gehen davon aus,
dass etwa zehn Prozent aller
Infizierten betroffen sind, das wären
in Deutschland rund zwei Millionen
Menschen. Ärzte sprechen von
einer neuen Volkskrankheit.«**

Aus »Long Covid: Kolja will nicht sterben, er will sein Leben zurück«

Die vielen Symptome von Long COVID

Memory Loss
Muscle Pain
Fever
Nausea
Muskel Schmerzen
Cough
Übelkeit
Brain Fog
Husten
Neurological
Gehirnnebel
Nightmares
Dizziness
Schwindel
Palpitations
Tight Chest
Atemnot
Shortness of Breath
Rashes
Engegefühl im Brustkorb
Low Mood
Fatigue
Hautausschläge
Tachycardia
Gastrointestinal
Insomnia
Headache
Kopfschmerzen

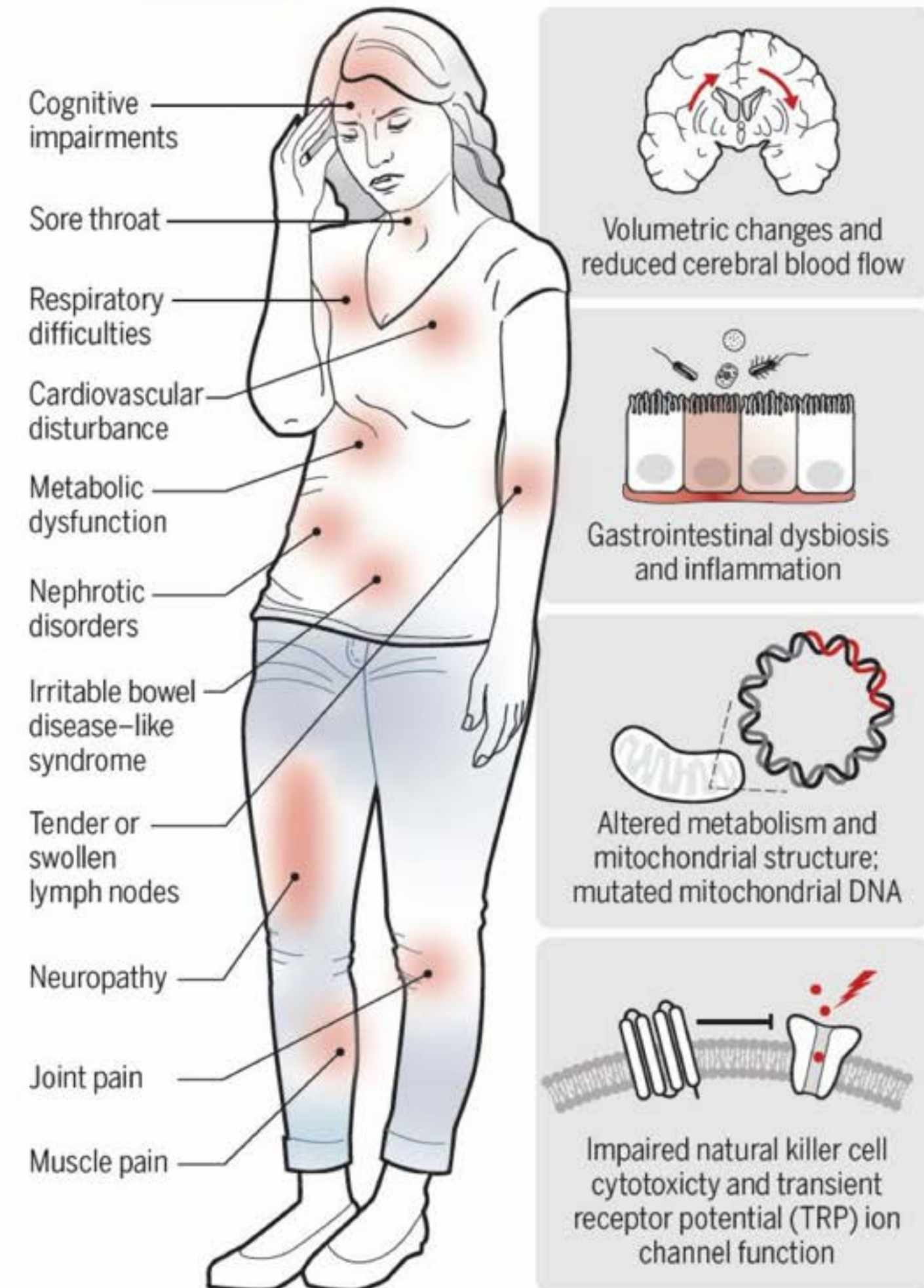
We're still very ill.



Überschneidungen LongCovid und ME/CFS

Proposed mechanisms underlying ME/CFS

Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) presents as a range of symptoms that affect multiple organ systems. Enteric dysbiosis, neurological and immune dysfunction, as well as impaired mitochondrial function are implicated in the pathomechanism of ME/CFS. These symptoms also occur in Long Covid, although with differing prevalence.



<https://www.science.org/doi/10.1126/science.abo1261>

Brain Fog

- Konzentrationsstörung
- Vergesslichkeit
- Verwirrtheit
- mangelnder Fokus
- Müdigkeit
- Stimmungsschwankungen
- Kopfschmerzen
- Antriebslosigkeit
- Orientierungslosigkeit



SRF

Reporter

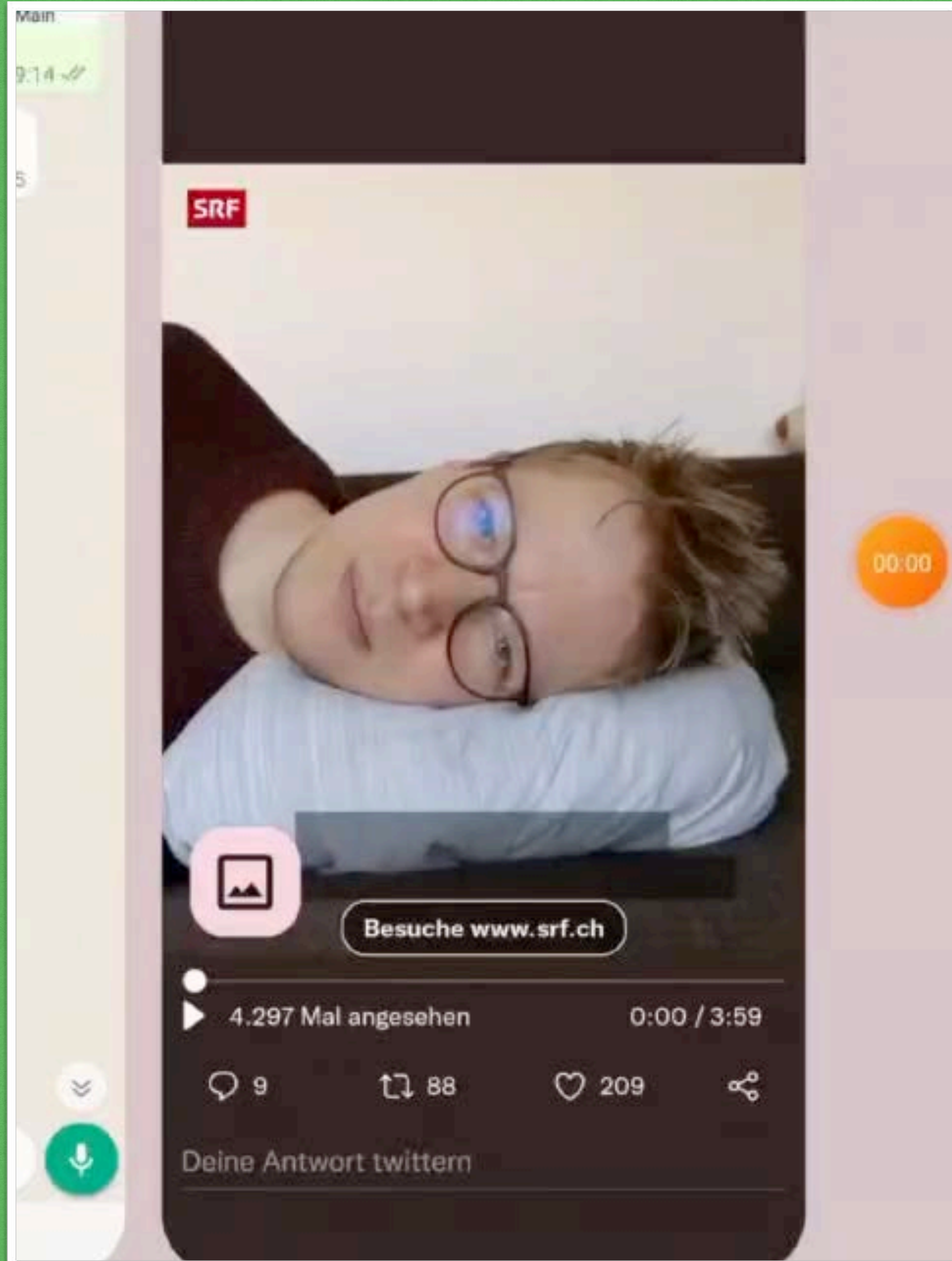
**«DIESE KRANKHEIT IST
UNSÄGLICHES LEIDEN»**

<https://twitter.com/SRF/status/1512472890423320590?s=20&t=h8gRMZ2Drue59ykwfNE1Ew>

QUELLE: DEJAN LAUBER IN SRF-KULTUR (MIT FREUNDLICHER GENEHMIGUNG)

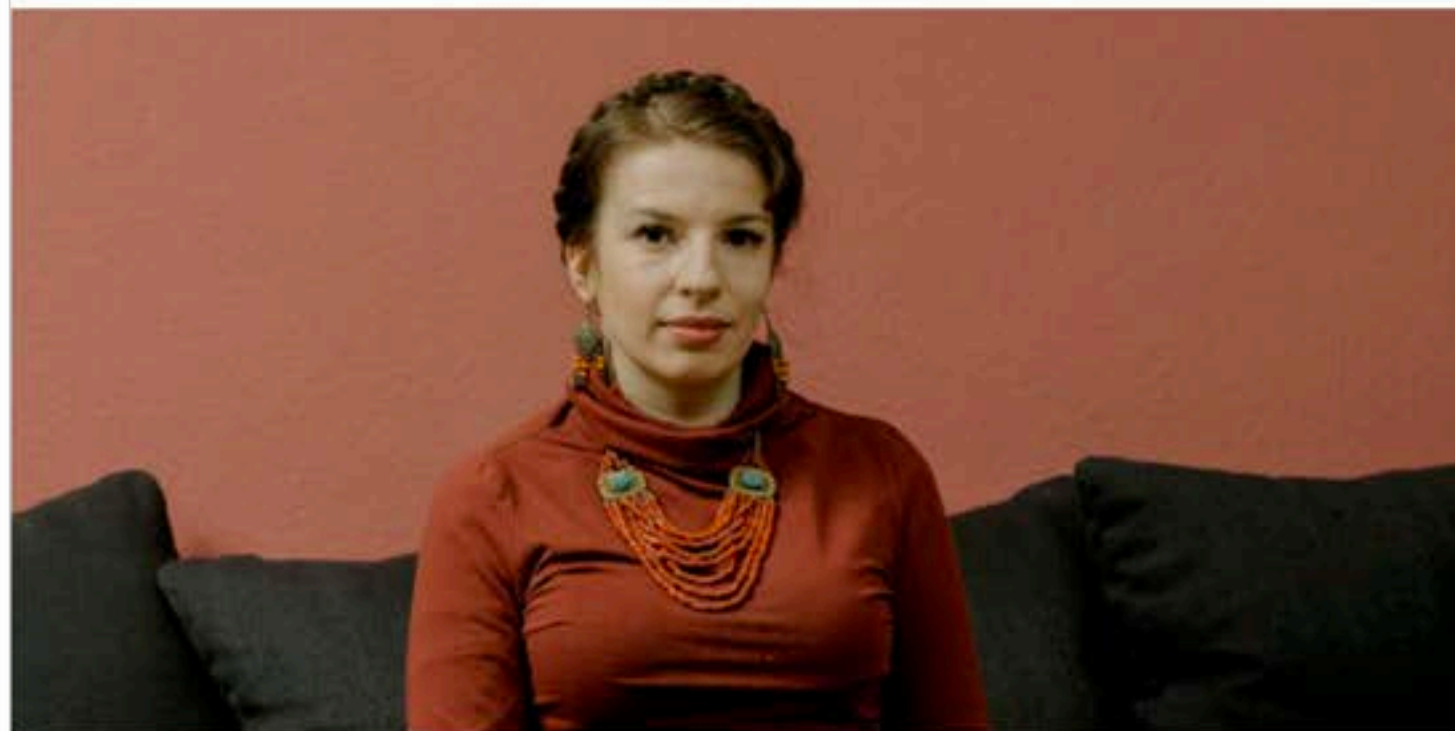
©BettinaGrande

QUELLE: DEJAN LAUBER IN SRF-KULTUR
(MIT FREUNDLICHER GENEHMIGUNG)



„Ich habe einen kaputten Akku“

Die Politikerin leidet unter ME/CFS, dem chronischen Erschöpfungssyndrom. Ein Gespräch über Energie in Löffeln und Vorträge im Liegen.



Chronisch erschöpft: Marina Weisband Foto: Jakob Schnetz

taz am wochenende: Frau Weisband, Anfang des Jahres haben Sie im Bundestag eine kraftvolle Rede zum Holocaust-Gedenktag gehalten. Es gab viel Applaus. Inzwischen wissen wir: Da waren Sie schon am chronischen Erschöpfungssyndrom ME/CFS erkrankt.



Marina Weisband ✓

@Afelia

Nur noch 2,5 Stunden, bis ich wieder zuhause bin. Dieser Auftritt war teuer.

01:24 · 21.03.22 · [Twitter for Android](#)

78 Retweets **9** Zitierte Tweets

3.742 „Gefällt mir“-Angaben

Bell-Score 1995

Patienteninformation

Name Vorname
geb. Datum

Diese Punkteskala dient als Messinstrument für die Schwere, der durch die Erkrankung hervorgerufenen Einschränkungen.

Bitte umkreisen Sie die Zahl, die am besten auf Sie zutrifft.

- 100 Keine Symptome in Ruhe; keine Symptome in Ruhe und bei körperlicher Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
- 90 Keine Symptome in Ruhe; leichte Symptome bei körperlicher und geistiger Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
- 80 Leichte Symptome in Ruhe; die Symptome verstärken sich durch Belastung; nur bei Tätigkeiten, die anstrengend sind, ist eine geringfügige Leistungseinschränkungen spürbar; mit Schwierigkeiten in der Lage, an Arbeitsplätzen, die Kraftanstrengungen erfordern, Vollzeit zu arbeiten
- 70 Leichte Symptome in Ruhe; deutliche Begrenzungen in den täglichen Aktivitäten spürbar; der funktionelle Zustand beträgt insgesamt etwa 90% der Norm – mit Ausnahme von Tätigkeiten, die einer Kraftanstrengung bedürfen; mit Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
- 60 Leichte Symptome in Ruhe; deutliche Begrenzungen in den täglichen Aktivitäten spürbar; der funktionelle Zustand beträgt insgesamt etwa 70%—90% der Norm; Unfähig, einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen, wenn dort körperliche Arbeit gefordert wird; aber in der Lage, Vollzeit zu arbeiten, wenn es um leichte Arbeiten geht und die Arbeitszeit flexibel gehandhabt werden kann
- 50 Mittelschwere Symptome in Ruhe; mittelschwere bis schwere Symptome bei körperlicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 70% der Norm reduziert; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 4-5 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
- 40 Mittelschwere Symptome in Ruhe; mittelschwere bis schwere Symptome bei Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 50%-70% der Norm reduziert; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 3-4 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
- 30 Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe; schwere Symptome bei jeglicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 50% der Norm reduziert; in der Regel ans Haus gefesselt; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 2-3 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
- 20 Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe; schwere Symptome bei jeglicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 30%-50% der Norm reduziert; bis auf seltene Ausnahmen unfähig, das Haus zu verlassen; den größten Teil des Tages ans Bett gefesselt; unfähig, sich mehr als eine Stunde am Tag zu konzentrieren
- 10 Schwere Symptome in Ruhe; die meiste Zeit bettlägerig; ein Verlassen des Hauses ist nicht möglich; deutliche kognitive Symptome, die eine Konzentration verhindern
- 0 Ständig schwere Symptome; immer ans Bett gefesselt; unfähig zu einfachsten Pflegemaßnahmen

Aus: The Doctor's Guide to Chronic Fatigue Syndrome, David S. Bell, MD, S. 122 f. Addison-Wesley, Publishing Company, Reading, MA.


BELL-SCORE


100
keine Einschränkung
keine Symptome
✓

BELL SKALA

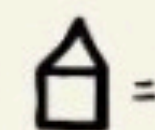
MAßSTAB ZUR FESTLEGUNG DER EINSCHRÄNKUNG BEI ME/CTS NACH DAVID BELL


No Wieder Unsichtbar
Mittens Missing
pu ME - # NE Avoid

 = Symptome in Ruhe









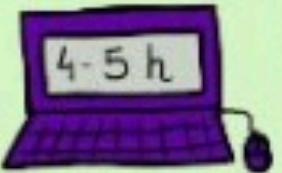
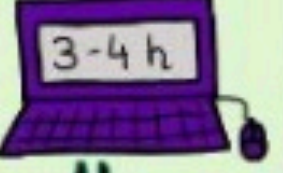
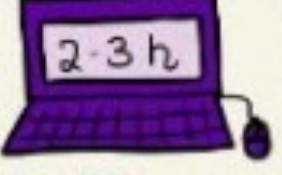



















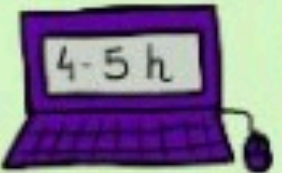
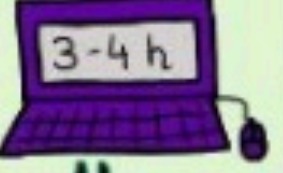
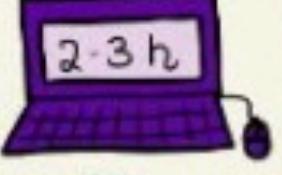



 = Symptome bei Belastung oder Aktivität (auch kognitiv)

 = Arbeitsfähigkeit

 = hausgebunden

 = bettlägerig

Aktivitätsniveau
(im Vergleich zur normalen Aktivität)

90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
 Vollzeit	 Vollzeit	 Vollzeit	 Vollzeit			 in der Regel	 fast vollständig	 vollständig	 vollständig
	Schwierig bei Anstrengung	Schwierig, keine Anstrengung möglich	flexibel, leicht, nicht körperlich			 4-5 h	 3-4 h	 2-3 h	 größtenteils
 keine	 Leichte	 Leichte	 Leichte	 mittelschwere	 mittelschwere	 mittelschwere	 mittelschwere	 Schwere	 immer schwere
 leichte	 Verstärkung	 einschränkende	 einschränkende	 (mittel)schwere	 (mittel)schwere	 schwere	 schwere	Konzentration	Unfähigkeit sich selbst zu pflegen
				 4-5 h leicht, Pausen	 3-4 h 	 2-3 h 	 größtenteils Konzentration ≤ 1h	 Schwere	 immer schwere

MS VS. ME/CFS

Situation Multiple Sklerose versus ME/CFS

	MS	ME/CFS
Erkrankte in D	250.000	ca. 300. – 400.000
Frauen : Männer	2:1	2:1
Altersgipfel	20 - 40	18 - 40
Lebensqualität (EQ-5D-3L)*	0,67	0,47
Zugelassene Medikamente	16	0
Autoimmunerkrankung (PubMed, 3.7.22)	18.089 Publikationen	55 Publikationen#
Forschungsprojekte Stand 2022	102 (nur DFG)	gesamt 7 (ab 8/22)
Zentren in D	217“	2

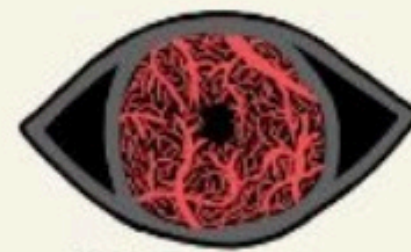
*Falk Hvidberg M, et al. The Health-Related Quality of Life for Patients with ME/CFS. PLoS One. 2015

entspricht Stand MS 1968

"Das BMBF fördert seit 2009 das krankheitsbezogene Kompetenznetz Multiple Sklerose mit insgesamt 21,9 Mio. Euro (<https://www.kompetenznetz-multiplesklerose.de/ueber-uns/transparenz>)."

DURCHBLUTUNG DER NETZHAUT

In der Netzhaut lassen sich auch feinste Blutgefäße sichtbar machen. (Kapillaren)



NORMAL



LONG COVID ME/CFS?

VERRINGERTE DURCHBLUTUNG

DR. BETTINA HOHBERGER ET AL. AUGENKLINIK ERLANGEN

ROTE BLUTKÖRPERCHEN



SCHÄDIGUNG DER ROTEN BLUTKÖRPERCHEN

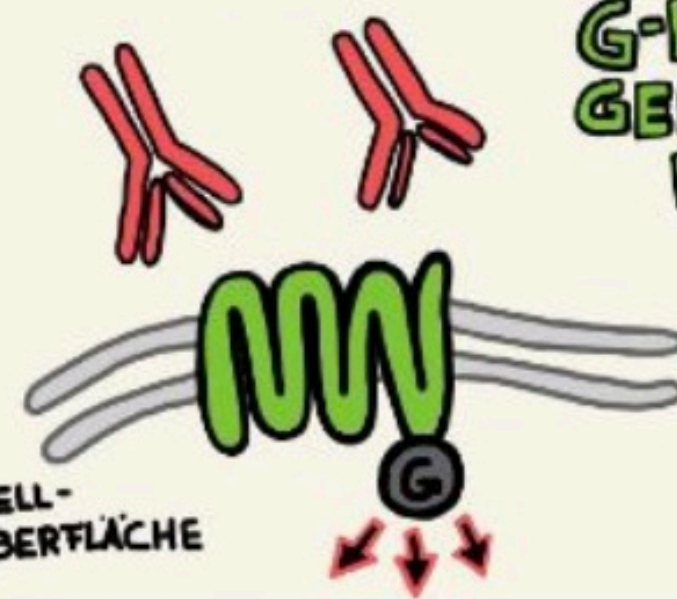
DR. MARKĚTA KUBÁNKOVÁ ET AL. @Guaklab MPI FÜR DIE PHYSIK DES LICHTS & MPI FÜR PHYSIK UND MEDIZIN

Die **GRÖÖE** und **VERFORMBARKEIT** von roten Blutkörperchen **variieren** im Blut von Long Covid Erkrankten gegenüber dem Blut von Gesunden. ME/CFS?

MANGELHAFTER DURCHBLUTUNG DER KAPILLAREN

AUTOANTIKÖRPER GEGEN GPCRS

Im Blut sind Antikörper nachweisbar, die sich gegen verschiedene körpereigene



G-PROTEIN GEKOPPELTE REZEPTOREN (GPCR) richten.

(Autoimmunprozess)

ZELL-OBERFLÄCHE

BEEINFLUSSUNG VERSCHIEDENER ZELLULÄRER SIGNALWEGE

Z.B. Adrenalinrezeptor → Stressreaktion

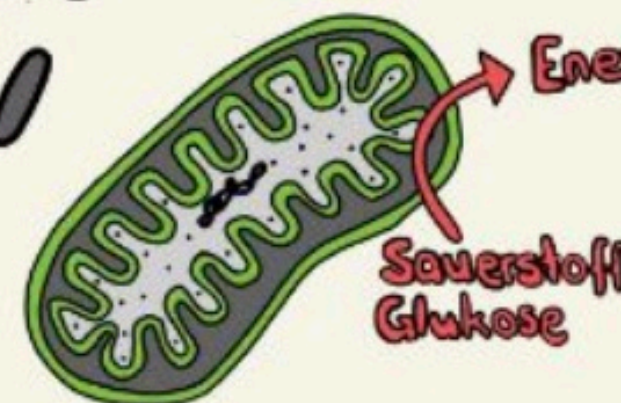
EINIGE FORSCHUNGS-ANSÄTZE ZU ME/CFS & LONG COVID

TEILWEISE (NOCH) NICHT FÜR BEIDE

PATIENTEN GRUPPEN UNTERSUCHT

BERLIN CURES DR. GERD WALLUKAT ET AL.

CHARITÉ BERLIN PROF. DR. CARMEN SCHEIBENBOGEN ET AL.



Energie

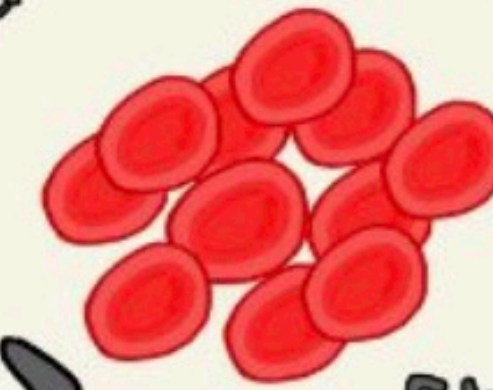
Sauerstoff Glukose

SCHÄDIGUNG DER MITOCHONDRIEN

ANSAMMLUNG VON LACTAT

ENERGIEMANGEL

MICROCLOTS



Persistierende winzige **BLUTGERINNSEL** im Blut von Long Covid Erkrankten (ME/CFS?) die zusätzlich entzündungsfördernde Moleküle enthalten.

PROF. DR. RESIA PRETORIUS ET AL. UNI STELLENBOSCH SÜDAFRIKA

MITOCHONDRIALE DYSFUNKTION

Unter Sauerstoffmangel findet vermehrt **ANAEROBE GLYKOLYSE** statt & es entstehen schädliche Sauerstoffradikale (ROS).

ENTZÜNDETE BLUTGEFÄÖE

MANGELHAFTER DURCHBLUTUNG DER KAPILLAREN

DR. BEATE JÄGER, MÜHLHEIM

WAS HILFT?

(ÜBER-)LEBEN MIT ME/CFS:

JE NACH GENAUER SYMPTOMATIK WERDEN VERSCHIEDENE PRÄPARATE, IN DER REGEL **NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL** EMPFOHLEN. ES MUSS INDIVIDUELL AUSPROBIERT WERDEN, OB DIESE VERTRAGEN WERDEN & ZUR LINDERUNG DER SYMPTOME BEITRAGEN.

Nachkader Unsichtbar
Miliars Missing
pwME - # NGSvoid



PACING

LONG COVID, POST COVID UND ME/CFS

1. Long Covid, Post Covid, MECFS
- 2. Post Exertional Malaise (PEM)**
3. F-Diagnostik: Doppeldiagnosen und Fehldiagnosen
4. LC/PC/ME/CFS-Patient*innen im Versorgungssystem
5. LC/PC/ME/CFS-Patient*innen in der psychotherapeutischen Praxis
6. Fazit

3 KARDINALSYMPTOME LC/ME/CFS:

PEM	Post Exertional Malaise
POTS	Posturales orthostatisches Tachykardiesyndrom
SFN	Small Fiber Neuropathie

PEM: POST EXERTIONAL MALAISE

ME/CFS [Post-Exertional Malaise]

Tätigkeiten

je nach Schweregrad z. B.:

Körperlich

Sport, Spazieren, Einkaufen, Kochen, Stehen, Sitzen, Kopf heben

Geistig

Sich unterhalten, Lesen, Fernsehen, Planen (Einkauf), Aktivitäten, die Adrenalin ausschütten

bis zu
48 h
später



Post-Exertional Malaise [PEM]

Verschlimmerung aller Symptome nach geistiger oder körperlicher Tätigkeit.

Auch neue Symptome können auftreten.

Schmerzen	Muskel-, Gelenk-, Kopfschmerzen
Grippeartig	Fieber, krankhafte Schwäche/ Fatigue, geschwollene Lymphknoten
Kognitiv	Brainfog, Konzentrations- und Wortfindungsstörungen, Licht-, Geräusch-, Geruchs sensitivität
Schlaf	Nicht erholsamer Schlaf, Schlafstörungen
Kreislauf Orthostatische Intoleranz	Schwindel, Schwäche, Herzrasen im Stehen und Sitzen

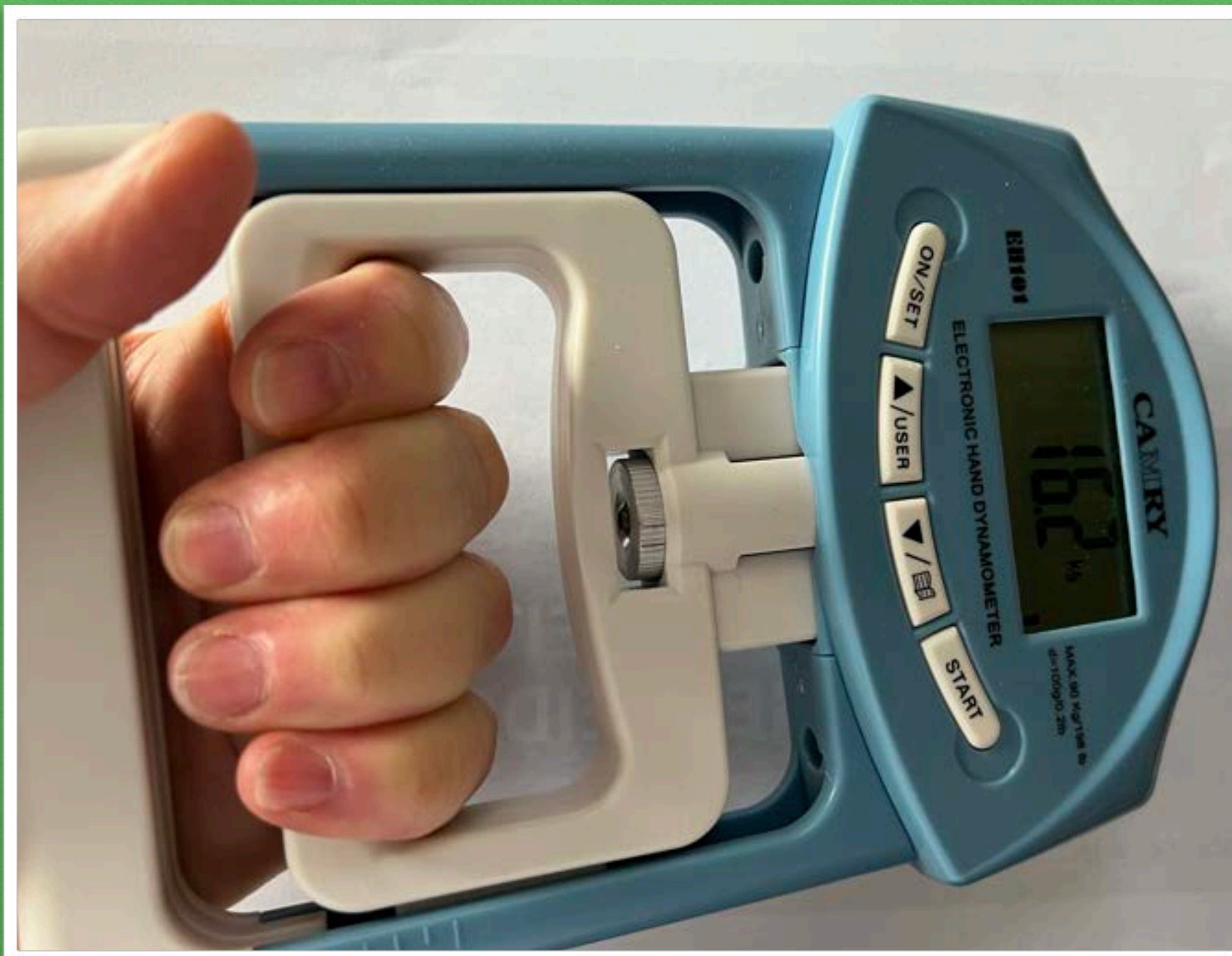
Quelle: Deutsche Gesellschaft für ME/CFS

CRASHS

PEM

Post Exertional Malaise

MIT HILFE DES HAND DYNAMO
TESTS OBJEKTIVIERBAR MACHEN



CharitéCentrum für Innere Medizin und Dermatologie

Hand Dynamometer Test

Patienten Etikett

männlich / weiblich

Rechtshänder / Linkshänder

Uhrzeit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Unterarm auf den Tisch legen
 - Handtrainer in die Hand nehmen
 - 3 Sekunden maximal ziehen, danach 5 Sekunden Pause
die Übungen 10 x wiederholen
- Nach 1 Stunde die gesamte Messung wiederholen

● APPENDIX: PHYSICAL STATUS ACCORDING TO THE TEST RESULT GIVEN BY THE DYNAMOMETER

AGE	MALE			FEMALE		
	Weak	Normal	Strong	Weak	Normal	Strong
10-11	<12.6	12.6-22.4	>22.4	<11.8	11.8-21.6	>21.6
12-13	<19.4	19.4-31.2	>31.2	<14.6	14.6-24.4	>24.4
14-15	<28.5	28.5-44.3	>44.3	<15.5	15.5-27.3	>27.3
16-17	<32.6	32.6-52.4	>52.4	<17.2	17.2-29.0	>29.0
18-19	<35.7	35.7-55.5	>55.5	<19.2	19.2-31.0	>31.0
20-24	<36.8	36.8-56.6	>56.6	<21.5	21.5-35.3	>35.3
25-29	<37.7	37.7-57.5	>57.5	<25.6	25.6-41.4	>41.4
30-34	<38.0	38.0-55.8	>55.8	<21.5	21.5-35.3	>35.3
35-39	<35.8	35.8-55.6	>55.6	<20.3	20.3-34.1	>34.1
40-44	<35.5	35.5-55.3	>55.3	<18.9	18.9-32.7	>32.7
45-49	<34.7	34.7-54.5	>54.5	<18.6	18.6-32.4	>32.4
50-54	<32.9	32.9-50.7	>50.7	<18.1	18.1-31.9	>31.9
55-59	<30.7	30.7-48.5	>48.5	<17.7	17.7-31.5	>31.5
60-64	<30.2	30.2-48.0	>48.0	<17.2	17.2-31.0	>31.0
65-69	<28.2	28.2-44.0	>44.0	<15.4	15.4-27.2	>27.2
70-99	<21.3	21.3-35.1	>35.1	<14.7	14.7-24.5	>24.5

Post Exertional Malaise (PEM)

Empfehlungen zur Unterstützung
einer selbstständigen
Rehabilitation nach COVID-19-
bedingter Erkrankung
Zweite Ausgabe



Bewegung und sportliche Betätigung

Bei einem Krankenhausaufenthalt oder einem längeren Verbleib zu Hause wegen einer COVID-19-Erkrankung können Ihre Muskelkraft und Ausdauer erheblich nachlassen. Sportliche Betätigung ist wichtig, damit Sie Ihre Muskelkraft und Ausdauer wiedererlangen, muss **JEDOCH** auf unbedenkliche Weise und unter Beachtung anderer COVID-19-Symptome erfolgen.

Möglicherweise verschlimmern sich Ihre Erschöpfung und andere (als „Kollaps“ oder „Rückfall“ beschriebene) Symptome schon nach kleinster Kraftanstrengung. In der Fachsprache wird dies als Belastungsintoleranz („Post-exertional Malaise“, kurz PEM) bezeichnet. Die Zustandsverschlechterung tritt in der Regel Stunden oder Tage nach einer körperlichen oder geistigen Anstrengung auf. Der Erholungsprozess dauert in der Regel mindestens 24 Stunden und kann Ihren Kräftehaushalt, Ihr Konzentrationsvermögen, Ihren Schlaf und Ihr Gedächtnis beeinträchtigen sowie Muskel-/Gelenkschmerzen und grippeähnliche Symptome verursachen.

S1-Leitlinie Post- COVID / Long-Covid (2. Auflage vom 31.8.22)

- Grundsätzlich soll die gute Prognose kommuniziert werden.
- Es sollte eine symptomorientierte Therapie angeboten werden.
- Es sollte eine psychosomatische Grundversorgung angeboten werden.
- Es sollte eine psychosoziale Betreuung initiiert werden.
- Die Koordination der fakultativ erforderlichen spezialisierten Behandlung, mit evtl. erneuter stationärer Therapie, bzw. rehabilitativen Maßnahmen sollte angeboten werden.
- Die Absprache mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern im Gesundheitswesen (Physiotherapie, Sport-/Bewegungstherapie, Ergotherapie, psychologische Psychotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Pflegedienst, Sozialdienst, Soziotherapie, ebenso wie Apotheken...) sollte ggf. initiiert werden.
- Belastungsintoleranz sollte erkannt und Überlastung zukünftig vermieden werden.
- Es sollte eine engmaschige Zusammenarbeit mit Behörden, Ämtern, Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern angestrebt werden.
- Eine Heilmittelversorgung sollte bei Bedarf initiiert werden.
- Die Beantragung eines angemessenen Grades der Behinderung oder Pflegegrades sollte gegebenenfalls nach zeitlicher Latenz (sechs Monate) diskutiert werden.

„Psychosomatische Grundversorgung“

3 von 122

eines adäquaten Coping-Verhaltens (z.B. weder Überforderung noch inadäquate Vermeidung von Aktivitäten) sowie die Unterstützung durch geeignete Hilfsmittel und sozialmedizinische Massnahmen. Je nach individueller Symptomatik (körperlich, kognitiv und/oder emotional) kommen unterschiedlich gewichtet zusätzlich eine kontrollierte Anleitung zu körperlicher Aktivität bzw. dosiertem körperlichem Training zum Einsatz, ein Training der kognitiven Leistungsfähigkeit, und/oder eine psychotherapeutische bzw. psychopharmakologische Behandlung. Eine ergotherapeutische Unterstützung kann überlegt werden. Körperlicher Überbeanspruchung mit möglicher nachfolgender Symptomverschlechterung (PEM) sollte durch wohl dosierte, gegebenenfalls supervidierte körperliche Aktivität bzw. körperliches Training und individuell angemessenes Energiemanagement („Pacing“) vorgebeugt werden. Ausführliche Empfehlungen zur körperlichen Aktivität bei Post-/Long-COVID und zum „Pacing“ finden sich z.B. unter [81]. Eine Heilmittelversorgung kann sinnvoll sein und belastet bei entsprechender Kodierung nicht das Praxisbudget. Sollte sich ambulante Maßnahmen als nicht ausreichend erweisen, kann über eine (teil-)stationäre Behandlung mit dem individuell angezeigten indikationsspezifischen Behandlungsschwerpunkt nachgedacht werden.

POTS

Posturales orthostatisches Tachykardiesyndrom

Kreislaufdysregulation:

- REDUZIERTER BLUTFLUSS IM GEHIRN:
- KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNGEN
- SCHWINDEL
- TACHYKARDIE,
- PULSZUNAHME >30 IM STEHEN
- LABOR, EKG, HERZECHO OB!

www.BatemanHorneCenter.org Updated: June 2021

Bateman Horne Center
RESEARCH | CLINICAL CARE | EDUCATION

Orthostatic Vital Signs/The 10-Minute NASA Lean Test

	Blood Pressure (BP)		Heart Rate	Comments/Symptoms
	Systolic	Diastolic	bpm	
Supine 1 minute				
Supine 2 minute				
Standing 0 minute				
Standing 1 minute				
Standing 2 minute				
Standing 3 minute				
Standing 4 minute				
Standing 5 minute				
Standing 6 minute				
Standing 7 minute				
Standing 8 minute				
Standing 9 minute				
Standing 10 minute				

www.BatemanHorneCenter.org Updated: June 2021

Diagnostik: Schellong-Test

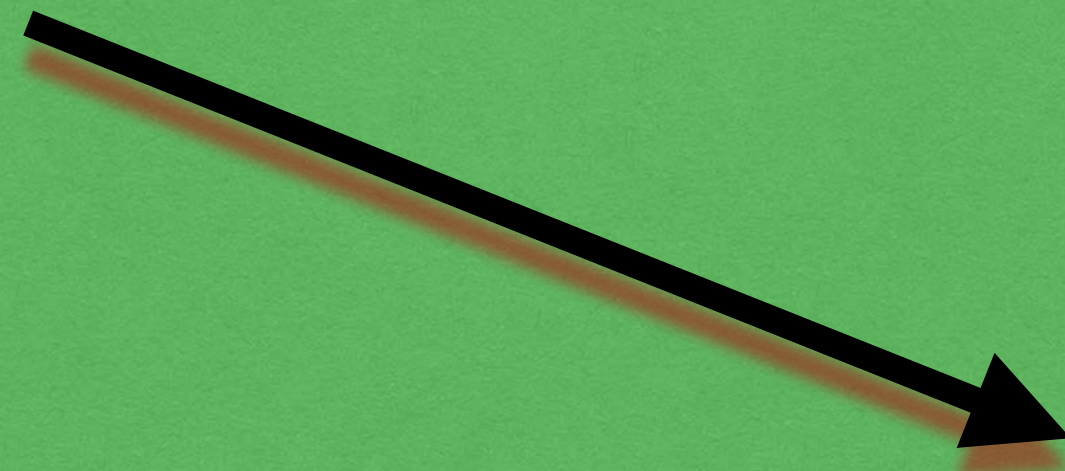
1. 5 Minuten liegen, Puls und RR werden gemessen
2. Schnelles Aufstehen, Stehbelastung von 5-10 Minuten/
3. minütliche RR+Puls-Messung
oder
1. Nach Ruhephase im Liegen
2. Treppensteigen: 25 Stufen zügig 2 mal rauf und runter

	Herzfrequenz	Systolischer RR	Diastolischer RR
Gesunde, Stehbelastung	leichtes +	gleich oder -20 mmHg	-10mmHg bis +15 mmHg
Gesunde, Treppenbelastung	+20-30	+30-80 mmHg	annähernd gleich
MECFS+ LongCovid Stehbelastung	+>30	Abfall >20mmHg	Abfall >10mmHg

SFN

Small Fiber Neuropathie

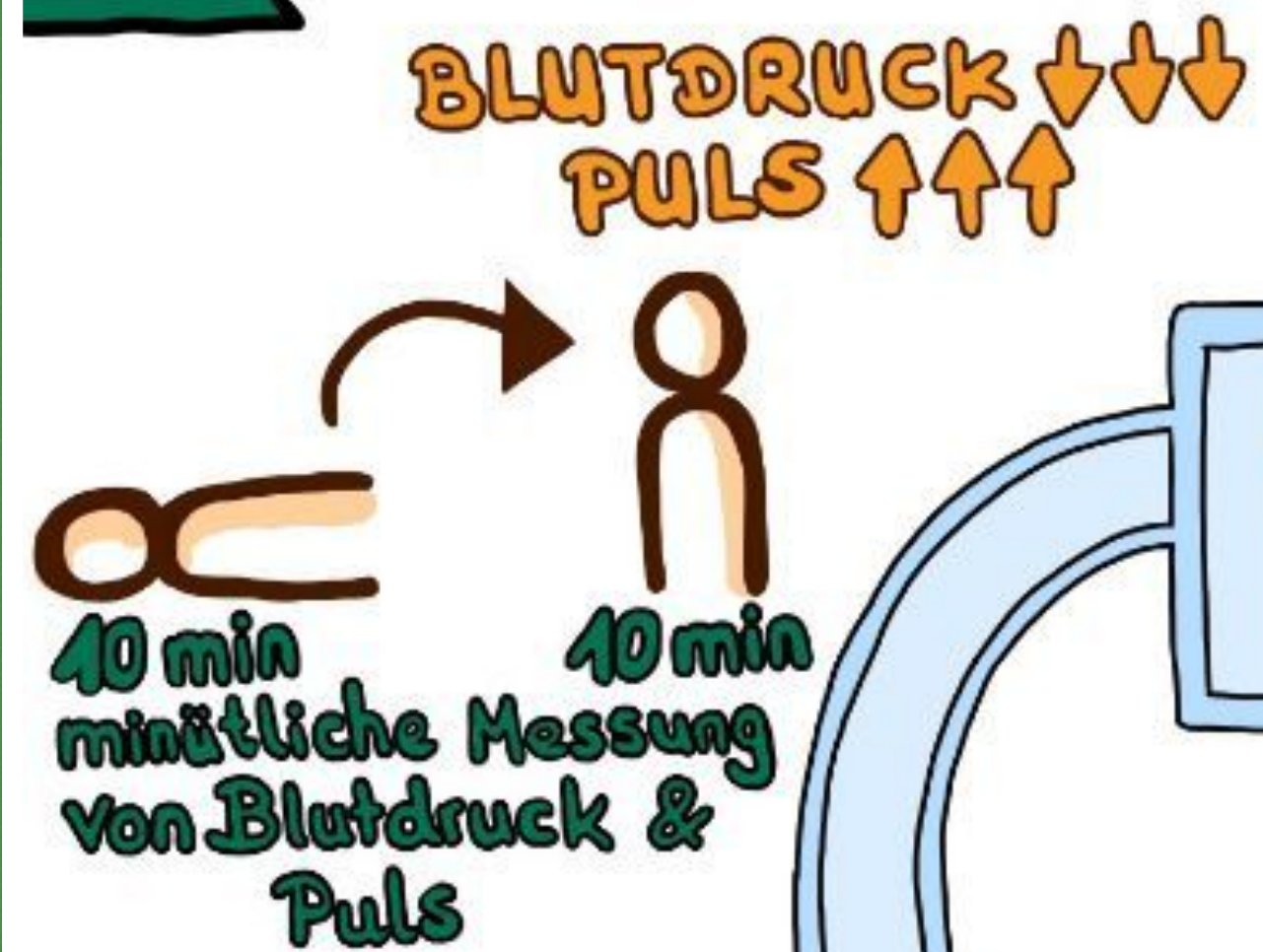
- VERÄNDERTES SCHWITZEN
- REDUZIERTES TEMPERATUREMPFINDEN
- BLASENSTÖRUNG
- OBSTIPATION
- BRENNSCHMERZEN
- POTS



- WENN SCHELLONG-TEST AUFFÄLLIG, DANN
- HAUTBIOPSIE FEINER NERVENZELLEN
- PER NERVENLEITGESCHWINDIGKEIT NICHT BEURTEILBAR!

DAS FEHLEN EINES BIOMARKERS ERSCHWERT ZWAR BISLANG DIE DIAGNOSE ...

trotzdem gibt es verschiedene Möglichkeiten eine **ME / CFS DIAGNOSE** zu stellen:



ORTHO
STATISCHE
INTOLERANZ

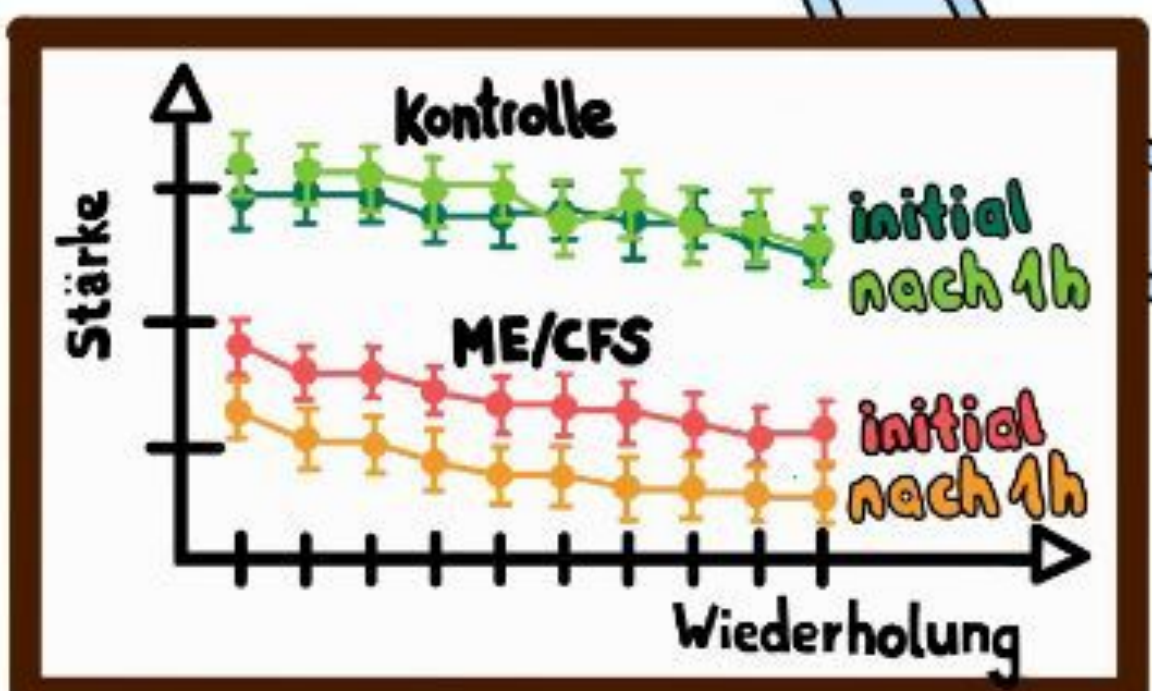
**SHELLONG-
TEST**

ähnlich: NASA-LEAN- &
KIPPTISCH-TEST

**KONSENSUS
KRITERIEN**

KANADISCHE
KONSENSUS
KRITERIEN
(CCC)

POST EXERTIONELLE
MALAISE (PEM)



keine vollständige Regeneration der ohnehin geringeren **MUSKEL-KRAFT** nach 1h

**HANDKRAFT-
TEST**

10x3s
5s Pause

mentale & körperliche anhaltende **ERSCHÖPFUNG & ZUSTANDSVERSCHLECHTERUNG** mit verzögerter Erholungsphase ≥ 24 h nach jeglicher Art von körperlicher & mentaler **BELASTUNG**

- Schlafstörungen, Schmerzen & kognitive Manifestationen (z.B. Konzentrationsstörungen)
- Autonome (z.B. Atemnot), neuroendokrine (z.B. kalte Extremitäten) u./o. immunologische (z.B. Grippeähnliches Gefühl) Manifestationen

LONG COVID, POST COVID UND ME/CFS

1. Long Covid, Post Covid, MECFS
2. Post Exertional Malaise (PEM)
3. **F-Diagnostik: Doppeldiagnosen und Fehldiagnosen**
4. LC/PC/ME/CFS-Patient*innen im Versorgungssystem
5. LC/PC/ME/CFS-Patient*innen in der psychotherapeutischen Praxis
6. Fazit

ICD-CODES

U08.9 :

- COVID-19 IN EIGENANAMNESE
- BESTÄTIGTE CORONAVIRUS INFEKTION
- KEINE AKUTE COVID-19 INFEKTION

U09.9!:

- POST-COVID-19- ZUSTAND
- AKTUELLER, NICHT ANDERENORTS KLASSIFIZIERTER ZUSTAND
NACH COVID-ERKRANKUNG

ME/CFS: G93.3

G93.3

MYALGISCHE ENZEPHALOMYELITIS/
CHRONISCHES FATIGUE SYNDROM



G93.- Sonstige Krankheiten des Gehirns	
G93.0	Hirnzysten Inkl.: Porencephalische Zyste Arachnoidalzyste Exkl.: Angeborene Hirnzysten (Q04.6) Erworbene periventrikuläre Zysten beim Neugeborenen (P91.1)
G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert Exkl.: Als Komplikation von: Abort, Extrauterin gravidität oder Molenschwangerschaft (O00-O07) (O08.8) Als Komplikation von: chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung (T80-T88) Als Komplikation von: Schwangerschaft, Wehentätigkeit oder Wochenbett (O29.2) (O74.3) (O89.2) Asphyxie beim Neugeborenen (P21.9)
G93.2	Benigne intrakranielle Hypertension [Pseudotumor cerebri] Exkl.: Hypertensive Enzephalopathie (I67.4)
G93.3	Chronisches Müdigkeitssyndrom [Chronic fatigue syndrome] Inkl.: Chronisches Müdigkeitssyndrom bei Immundysfunktion Myalgische Enzephalomyelitis Postvirales Müdigkeitssyndrom
G93.4	Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet Exkl.: Enzephalopathie: alkoholbedingt (G31.2) Enzephalopathie: toxisch (G92.-)
G93.5	Compressio cerebri Inkl.: Herniation Hirn (-stamm) Kompression Hirn (-stamm) Exkl.: Compressio cerebri, traumatisch

ME/CFS [Diagnosekriterien]*

Konsenskriterien	Kanada	International	IOM
Krankheitsname	ME/CFS	ME	SEID
Neues Auftreten	✓	✓	✓
Funktionelle Einschränkung	Erheblich	50 % reduziert	Erheblich
Mindestdauer	6 Monate	Kein Minimum	6 Monate
Symptome/Symptomkategorien:			
Post-Exertional Malaise (PEM)	✓	✓	✓
Andauernde Fatigue	✓	–	✓
Neurokognitive Störungen (NS)	Mind. 2 Untersymptome erforderlich	Mind. 1 Untersymptom aus 3 von 4 Kategorien erforderlich	NS oder OI
Sensomotorische Störungen			–
Schmerzen	✓		–
Schlafstörungen	✓		✓
Infektanfälligkeit	–		–
Wiederkehrende Grippe-symptome		Mind. 1 Untersymptom aus 3 von 5 Kategorien erforderlich	–
Essen-/Chemikaliensensitivität			–
Gastrointestinale Beschwerden			–
Urogenitale Beschwerden			–
Orthostatische Intoleranz (OI)	Mind. 1 Untersymptom aus 2 von 9 Kategorien erforderlich		NS oder OI
Respiratorische Beschwerden		Mind. 1 Untersymptom aus 1 von 5 Kategorien erforderlich	–
Kardiovaskuläre Beschwerden			–
Temperaturintoleranz			–
Thermostatische Instabilität			–

Institute of Medicine

* Vereinfachte Darstellung - Zur Diagnosestellung Originalquellen verwenden

© Deutsche Gesellschaft für ME/CFS

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN ME/CFS

- BEEINTRÄCHTIGUNG > 6 MONATE
- PEM Post Exertional Malaise
- SCHLAF IST NICHT ERHOLSAM
- KOGNITIVE STÖRUNGEN
- POTS Orthostatische Intoleranz

QUELLE: CHARITÉ

IOM Diagnostische Kriterien ME/CFS-SEID¹

Bitte kreuzen Sie an, falls das folgende auf Sie zutrifft:

- Beeinträchtigung bei der Ausübung von Beruf, Bildung, sozialen oder persönlichen Aktivitäten für mehr als 6 Monate, verbunden mit erheblicher Fatigue (Erschöpfung), definierbarem Beschwerdebeginn, nicht bedingt durch anhaltende körperliche Überlastung, keine Linderung in Ruhe
- Krankheitsgefühl nach körperlicher Belastung*
- Kein erholsamer Schlaf*
- Kognitive (Konzentrations- oder Wortfindungs-) Störungen*
- Orthostatische Intoleranz (Schwindel beim Aufstehen/Gehen)

Erläuterung zur Auswertung:

Die Erkrankung muss für mindestens 6 Monaten bestehen, um CFS von einer postinfektiösen Fatigue abzugrenzen.

Für die Verdachtsdiagnose ME/CFS müssen die ersten 3 Kriterien und mindestens das 4. oder 5. Kriterium erfüllt sein. Zur Diagnosesicherung sollten die Kanadischen Kriterien verwendet werden.

* Häufigkeit und Schweregrad der Symptome sollten erfasst werden. Die Diagnose ME/CFS sollte in Frage gestellt werden, wenn der Patient diese Symptome nicht mindestens die Hälfte der Zeit in mäßiger, erheblicher oder schwerer Intensität aufweist.

ME/CFS: Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome

SEID: Systemic Exertion Intolerance Disease

Übersetzt von Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome - Redefining an Illness" (PDF). nap.edu. p. 5. Archived from the original (PDF) on Jun 15, 2017.

Weitere Informationen zur Diagnose und Therapie:

Nacul L, Authier J, Scheibenbogen C et al. EUROPEAN ME NETWORK (EUROMENE) Expert Consensus on the Diagnosis, Service Provision and Care of People with ME/CFS in Europe.

<https://www.preprints.org/manuscript/202009.0688/v2>

Charité Fatigue Centrum <https://cfc.charite.de>

KANADISCHE KRITERIEN FÜR DIE DIAGNOSE ME/CFS

FRÜHESTENS 6 MONATE NACH KRANKHEITSBEGINN DIAGNOSTIZIERBAR

CHARITÉ

Kanadische Kriterien für die Diagnose CFS/ME

Carruthers BM Myalgic encephalomyelitis/Chronic fatigue syndroms: International Consensus Criteria 2003

Patienteninformation

Name Vorname
geb. Datum

Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Symptome an.

1. Erschöpfung/Fatigue und Zustandsverschlechterung nach Belastung

deutliches Ausmaß einer neu aufgetretenen, anderweitig nicht erkläraren, andauernden körperlichen oder mentalen Erschöpfung, die zu einer erheblichen Reduktion des Aktivitätsniveaus führt

Erschöpfung, Verstärkung des schweren Krankheitsgefühls und/oder Schmerzen nach Belastung mit einer verzögerten Erholungsphase (meist mehr als 24 Stunden, kann Tage dauern)

Die Symptome können durch jede Art von körperlicher oder mentaler Anstrengung oder Stress verschlechtert werden

2. Schlafstörungen

Einschlafstörungen

Durchschlafstörungen

Veränderter Tag-Nacht-Rhythmus

Schlaf führt zu keiner Erholung

3. Schmerzen

Gelenkschmerzen

Muskelschmerzen

Kopfschmerzen

4. Neurologische/Kognitive Manifestation

Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses

Schwierigkeiten mit der Informationsverarbeitung

Wortfindungsstörungen

Lesestörungen

Wahrnehmungs- und Sinnesstörungen

Desorientierung oder Verwirrung

Bewegungskordinationsstörungen

Es kommt zu Überlastungserscheinungen (Rückfälle und/oder Ängste) durch: zu viele Informationen, zu viele Sinneseindrücke (zB Licht, Lärm) zu viel Stress

PEM!

CHARITÉ

5. Autonome Manifestation

Schnelle Lagewechsel (v.a. Liegen zum Stehen) führen zu Schwindel und/oder "Schwarzwerden vor Augen"

Bei Lagewechsel tritt Herzrasen auf (POTS)

Schwindel und Benommenheit

Extreme Blässe

Darmstörungen (diffuse Schmerzen, Brennen, Blähungen)

Blasenstörungen

Palpitation (Herzklopfen)

Atemnot bei leichter Belastung

6. Neuroendokrine Manifestation

Anpassung Körpertemperatur gestört

Schwitzen, fiebriges Gefühl

Hitze oder Kälte nicht gut vertragen

Kalte Extremitäten

Gewichtszunahme oder abnormaler Appetit

Gewichtsabnahme

Stress ist schlechter zu verarbeiten Stress führt zu einer Verstärkung der Erschöpfung und emotionaler Unsicherheit

7. Immunologische Manifestationen

Schmerzhafte Lymphknoten

Wiederkehrende Halsschmerzen

Neue Allergien/ Bereits bestehende Allergien haben sich verändert

Grippe Ähnliche Symptome oder allgemeines Krankheitsgefühl

Überempfindlichkeit, Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln, Medikamenten, Chemikalien

Carruthers BM, Kumar Jain A, De Meirleir KL, et al. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrom: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols. Journal of Chronic Fatigue Syndrom 2003;11(1):7-97.

CHARITÉ

Erläuterung zur Auswertung

Die Erkrankung muss für mindestens 6 Monaten bestehen, um CFS von einer postinfektiösen Fatigue abzugrenzen.

Für die Diagnose CFS/ME müssen die Kriterien (1) Fatigue, Zustandsverschlechterung nach Belastung (post exertionelle Malaise = PEM*) alle erfüllt sein, mindestens eines bei (2) Schlafstörungen** und (3) Schmerzen**: zwei oder mehr bei (4) neurologische / kognitive Manifestationen und eins oder mehrere Symptome von mindestens zwei der Kategorien (5) autonome, (6) neuroendokrine und (7) Immunmanifestationen.

*Die Zustandsverschlechterung tritt nach leichter körperlicher oder mentaler Belastung auf und ist ausgeprägt und länger anhaltend, meist für mehr als 24 Stunden. Inzwischen besteht Konsens, dass auch 14 Stunden als Diagnosekriterium ausreichen (Cotler J, Diagnostics, 2018). Während Sport Erschöpfung bei vielen Erkrankungen bessert, führt es bei CFS zu Zustandsverschlechterung.

**Es gibt eine kleine Gruppe von Patienten, die keine Schlafstörungen oder Schmerzen haben. Wenn die Erkrankung mit einer Infektion begonnen hat, sollte die Diagnose CFS/ME auch in Erwägung gezogen werden.

CFS ist eine Ausschlussdiagnose. CFS-Symptome können auch bei anderen Erkrankungen auftreten. Häufige komorbide Erkrankungen bei CFS sind: Fibromyalgie, Reizdarm, Hashimoto Thyreoiditis

Wichtige Differentialdiagnosen von CFS

Rheumatologie	Endokrinologie/ Gynäkologie	Hämatol/ Onkologie	Infektionen	Gastro- enterologie	Neurologie
Undifferenzierte Kollagenose/PMR/ Sjögren-Syndrom	Hashimoto- Thyreoiditis*	Tumorfatigue	Chronische Hepatitiden	CED, Zöliakie	HWS-Instabilität/ Instabilität*
Fibromyalgie*	Endometriose*		Lyme-Borreliose	Reizdarm- Syndrom*	Myasthenia gravis
M. Bechterew/ Psoriasisarthritis				PBC/PSC	Multiple Sklerose

*kann auch als Komorbidität von CFS auftreten

Häufigere Komorbiditäten von CFS

Immunologie	Rheumatologie	Autonome Dysfunktion	Gastro- enterologie	Neurologie	Schlaf	Endokrinologie/ Gynäkologie
Immunglobulin- mangel/ Infektivierung	Fibromyalgie*	POTS/ Ruhetachykardie	Reizdarm- Syndrom	HWS-Instabilität/ Spinalstenosen	Schlaf- apnoe	Hashimoto- Thyreoiditis*
Mass Cell Aktivierungs Syndrom	Ehlers-Danlos Syndrom	Orthostatische Hypotension	Nahrungsmittel- Intoleranzen	Small Fiber Neuropathien	Restless Leg Syndrom	Metabolisches Syndrom
Schwere Allergien	Sicca Symptome (Sjögren Syndrom ausschließen!)			Migräne Hypersensitivität		Endometriose*

Weitere Informationen zur Diagnose und Therapie:

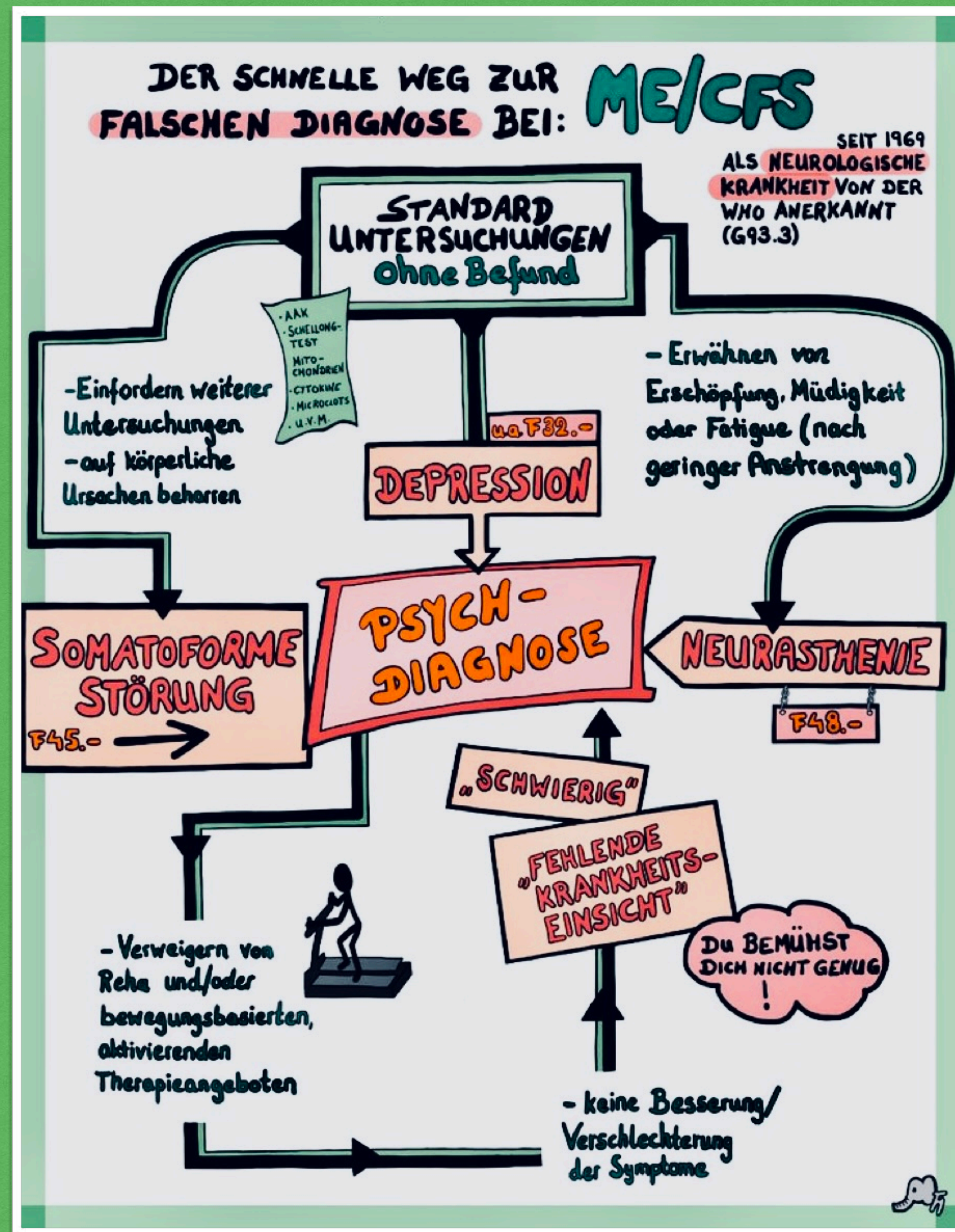
Nacul L, Authier J, Scheibenbogen C et al. EUROPEAN ME NETWORK (EUROMENE) Expert Consensus on the Diagnosis, Service Provision and Care of People with ME/CFS in Europe. <https://www.preprints.org/manuscript/202009.0688/v2>

Charité Fatigue Centrum <https://cfc.charite.de/>

„VERWECHSELUNGSGEFAHR“ F-DIAGNOSEN



„Psychosomatische Grundversorgung“



DIFFERENTIALDIAGNOSTIK: DEPRESSION

**GEMEINSAMKEITEN ZWISCHEN
LONGCOVID, ME/CFS UND DEPRESSION ?
MAX. 2 SYMPTOME!**

Häufigste **Fehldiagnose** bei ME/CFS: Depression.

Unterscheidung ME/CFS vs. Depression.

Symptome	Depression	ME/CFS
Fatigue, Energiemangel	Ja	Ja
Schlafstörung	Ja	Ja
Niedergeschlagenheit ohne Anlass	Ja	Manchmal (reaktiv, mit Anlass)
Ängstlichkeit	Ja	Nein
Gefühl der Wertlosigkeit	ja	Nein
Fehlendes Interesse an Dingen, die zuvor Freude bereitet haben	Ja	Nein
Phasen schwerer Depressionen mit Suizidgedanken	Ja	Nein
Orthostatische Regulationsstörung	Wie übrige Bevölkerung	Häufig
Hypersensitivität gegenüber Geräuschen, Licht...	Nein	Häufig
Probleme mit Thermoregulation	Nein	Häufig
Postexertionelle Malaise, PEM	Nein	Ja

PHQ-9: DEPRESSION

© Prof. Dr. Bernd Löwe

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Punkte	0	1	2	3
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gesamtwert **19** = Addition + +
der Spaltensummen

Auswertung

- < 5 gesund
- < 10 unauffällig
- 10–14 „leichtgradige“ Depression
- 15–19 „mittelgradige“ Depression
- 20–27 „schwergradige“ Depression

60-80% Sensitivität 90-95% Spezifität

Ein Unterschied von 5 Punkten gilt als klinisch relevanter Unterschied (minimal clinical importance)

Deutsche Übersetzung des „Patient Health Questionnaire (PHQ-9)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg.
(Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999)

DIFFERENTIALDIAGNOSE: ANGST-STÖRUNGEN

F41.0 Panikstörung [episodisch paroxysmale
Angst

Info:

Das wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende schwere **Angstattacken** (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Wie bei anderen **Angsterkrankungen** zählen zu den wesentlichen Symptomen plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle (Depersonalisation oder Derealisation). Oft entsteht sekundär auch die Furcht zu sterben, ~~vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden. Die Panikstörung soll nicht als~~ Hauptdiagnose verwendet werden, wenn der Betroffene bei Beginn der Panikattacken an einer depressiven Störung leidet. Unter diesen Umständen sind die Panikattacken wahrscheinlich sekundäre Folge der Depression.

F41.3 Andere gemischte **Angststörungen**

Info:

Angstsymptome gemischt mit Merkmalen anderer Störungen **F42-F48**. Kein Symptom ist allein schwer genug um die Diagnose einer anderen Störung zu stellen.

F41.8 Sonstige spezifische **Angststörungen**

Inkl.: Angsthysterie

F41.9 **Angststörung**, nicht näher bezeichnet

Inkl.: Angst o.n.A.

F41.2 **Angst** und depressive Störung, gemischt

Info:

Diese Kategorie soll bei gleichzeitigem Bestehen von **Angst** und Depression Verwendung finden, jedoch nur, wenn keine der beiden Störungen eindeutig vorherrscht und keine für sich genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertigt. Treten **ängstliche** und depressive Symptome in so starker Ausprägung auf, dass sie einzelne Diagnosen rechtfertigen, sollen beide Diagnosen gestellt und auf diese Kategorie verzichtet werden.

Inkl.: Ängstliche Depression (leicht oder nicht anhaltend)

GAD-7: ANGST

© Prof. Dr. Bernd Löwe

Hinweise zur Durchführung des Angst-Tests

Bitte beachten Sie, dass dieser Angst- Test keine fachliche Diagnose ersetzen kann und soll. Dazu wenden Sie sich bitte an einen Psychologischen Psychotherapeuten, einen entsprechenden Facharzt oder einen anderen qualifizierten Diagnostiker.

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten 2 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	nie	manch- mal	öfter	fast täglich
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

FRAGEBÖGEN DEPRESSION / ANGST: FALSCH INTERPRETATION DER ERGEBNISSE BEI CHRONISCH KRANKEN



Assessment of body-focused Beck Anxiety and Beck Depression Inventory items in chronic illness: A preliminary analysis of emotional versus physical causes



Jill Albertson, Jennelle Yarwood, William Hsu, Praise Adekola, Paula Lara Mejia, Hannah Bues, Michael VanElzakker PhD

Introduction

Before the most recent example of "Long-COVID," it has been known for decades that a subset of individuals will not fully recover from acute infectious illness, and many such patients fulfill criteria for the symptom-based syndrome diagnostic labels of chronic fatigue syndrome or myalgic encephalomyelitis (ME/CFS). Along with the sensation of an ongoing cold or flu, symptoms commonly include autonomic problems, difficulty sleeping, and changes in appetite.

Ill, or Just the Blahs?

While depression and anxiety can certainly be present for a multitude of reasons, many ME/CFS patients often report that they are not particularly depressed or anxious. However some studies have reported higher scores in ME/CFS than controls on both the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Beck Depression Inventory (BDI), and psychological factors are sometimes assumed to be causal.

Some overlapping symptoms combined with potentially-ambiguous wording of anxiety- and depression-related questionnaire items creates the potential to inflate BAI and BDI scores and thus overstate the contribution of depression and anxiety to ME/CFS patients' experiences. The current study sought to clarify why ME/CFS patients gave a given score for certain such items.

The preliminary research presented here is a subset of the larger ICC Severity Scale Study at Tufts University working to validate the novel ICC Severity Scale, in order to more efficiently encapsulate the diverse symptomatology of ME/CFS patients.

Methods & Participants

As an undergraduate research project, MGH-affiliated Tufts University undergraduate students created the current online questionnaire study with the secure Qualtrics program. Recruitment was via online advertisements and social media. Inclusion criteria was self-reported diagnosis of ME or CFS by a licensed clinician, English proficiency, 18yrs or older. The current analysis includes N=52 individuals (47 female), mean age 47 yrs (SD=12.20), mean time since illness onset 19 yrs (SD=11.95). Infection associated with onset in 67.3%. Severity self-report 34.6% severe, 55.8% moderate, 9.6% mild. Functional capacity compared to pre-illness M=21.29% (SD=14.82).

The total survey lasted approximately 1 hour, and included several other questionnaires not discussed here. The current analysis is of 14 questionnaire items selected from the BAI and 12 items selected from the BDI that were either ambiguous or focused on body-related symptoms. Questionnaire item election criteria was decided by the Tufts University research team based on each question's potential for overlapping cause between psychology and physical illness.

Beck Anxiety Inventory

Please carefully read each item in the list. Indicate what is the root cause for this symptom in the last month, including today: whether it is caused by your **emotional state**, your **ME or CFS illness**, or a combination of **both**, or you **do not experience this symptom**. Please indicate your choice by choosing the option in the corresponding space in the column next to each symptom.

	Emotional state	ME or CFS illness	Both	Do not experience this symptom	Prefer not to answer
Numbness or tingling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feeling hot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Headaches or migraines	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rapid heartbeat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Shaking or trembling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unsteady	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feeling of choking	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beck Depression Inventory

For each item, please choose the statement that is caused by your **ME or CFS illness**.

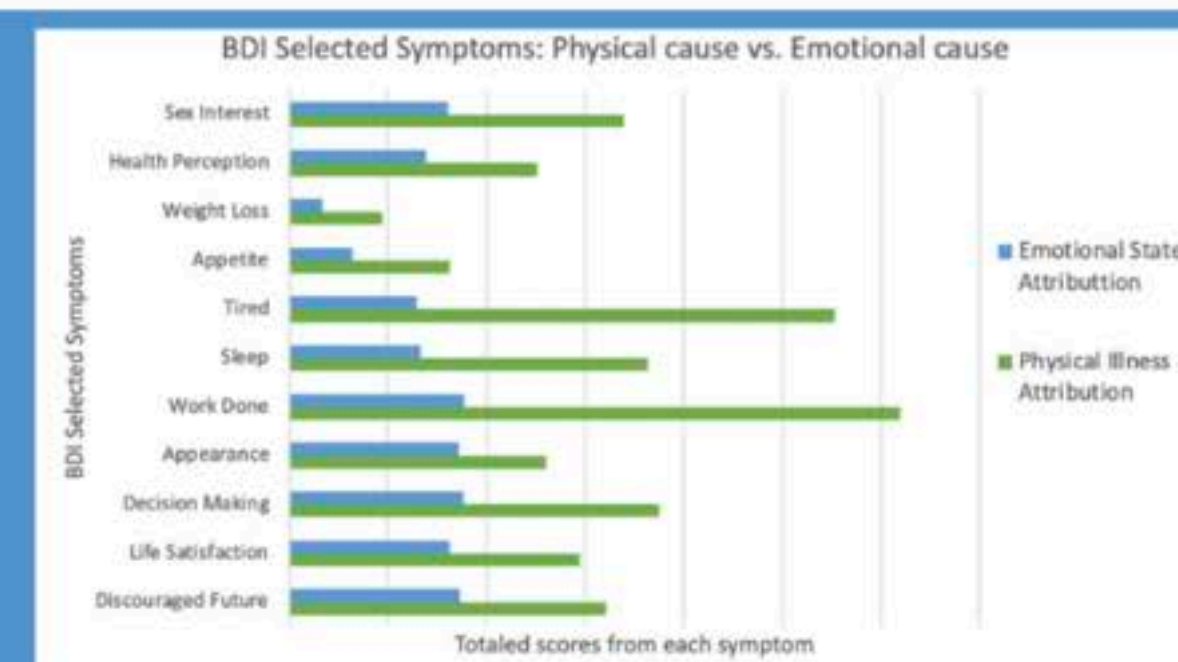
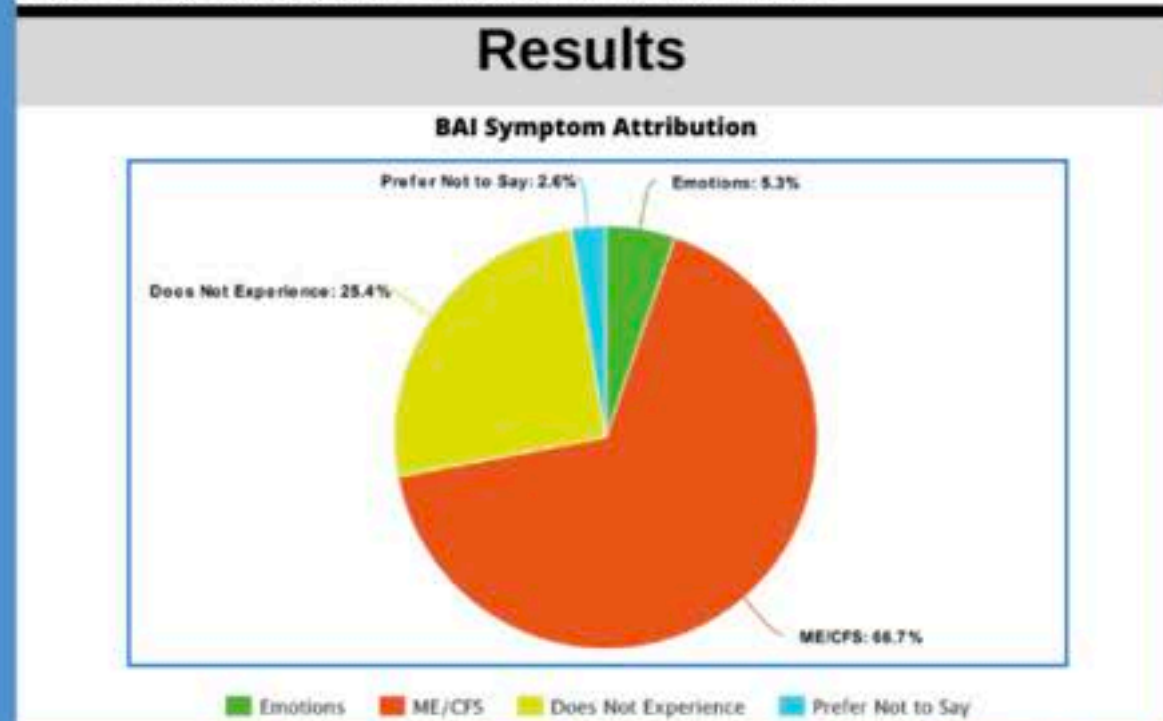
Due to my ME or CFS illness:

- I have lost interest in doing most things.
- I have lost interest in the future.
- I have lost my ability to concentrate.
- I have lost the ability to experience pleasure in things I used to enjoy.

How much does your ME or CFS illness affect your satisfaction with life?

- Great deal
- Some
- Not much
- Not at all

The BAI and BDI items were each presented twice. The BAI was presented once for scoring only and then again for participants to self-report perceived cause of each item: either due to their emotional state, their ME or CFS illness, both, or that they do not experience this symptom. The BDI alternated with language prompting participants to answer questions about their symptoms in accordance with their "emotional state" versus in regards to their "ME or CFS illness." The original survey language was slightly altered to accommodate these changes.



For the BDI, we conducted a paired t-test between the total scores (out of 36) from each questionnaire presentation, and found that severity of physical symptoms (M=14.98, SD=5.04) was greater than emotional symptoms (M=7.17, SD=6.47), $t(270)=16.481, p<.001$.

Conclusion

Our findings suggest that BAI and BDI scores of individuals with ME/CFS may be inflated in part due to ambiguous wording or misattribution of symptom cause as physical rather than psychological in origin. While this result is not mutually exclusive with some anxiety and depression among individuals with ME/CFS, the wording of the questionnaires that operationalize those constructs may contribute to an overstating of anxiety and depression in studies.

For instance, the BAI item asking about "tingling/numbness" may be endorsed by an anxious person but would also likely be endorsed by a person with small-fiber polyneuropathy, which is present in approximately 35% of individuals with the ME/CFS diagnosis. Similarly, the BDI item stating "I have to push myself very hard to do anything" may be endorsed by a depressed person but would also likely be endorsed by a sick person.

Thus, these results call for clarity in the use of psychometric questionnaires in ME/CFS studies, and caution in their interpretation.

Citations

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory-II

Barlow, D. H., Dhardo, P. A., Vermilyea, B. B., Vermilyea, J., & Blanchard, E. B. (1986). Co-morbidity and depression among the anxiety disorders: Issues in diagnosis and classification. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(2), 63-72. <https://doi.org/10.1097/00005053-198602000-00001>

Fydrich, T., Doudnik, D., & Chambless, D. L. (1992). Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Anxiety Disorders*, 6(1), 55-61. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(92\)90026-4](https://doi.org/10.1016/0887-6185(92)90026-4)

DIFFERENTIALDIAGNOSE: SOMATOFORME STÖRUNGEN

F45.- Somatoforme Störungen

Info:

Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.

DIFFERENTIALDIAGNOSE SOMATOFORME STÖRUNGEN

F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Info: Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Der Schmerz wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der vorgetäuschten Störung oder Simulation). Schmerzstörungen insbesondere im Zusammenhang mit einer affektiven, Angst-, Somatisierungs- oder psychotischen Störung sollen hier nicht berücksichtigt werden.

F45.3- Somatoforme autonome Funktionsstörung

Info:

Die Symptome werden vom Patienten so geschildert, als beruhten sie auf der körperlichen Krankheit eines Systems oder eines Organs, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird, so etwa des kardiovaskulären, des gastrointestinalen, des respiratorischen oder des urogenitalen Systems. Es finden sich meist zwei Symptomgruppen, die beide nicht auf eine körperliche Krankheit des betreffenden Organs oder Systems hinweisen. Die erste Gruppe umfasst Beschwerden, die auf objektivierbaren Symptomen der vegetativen Stimulation beruhen wie etwa Herzklopfen, Schwitzen, Erröten, Zittern. Sie sind Ausdruck der Furcht vor und Beeinträchtigung durch eine(r) somatische(n) Störung. Die zweite Gruppe beinhaltet subjektive Beschwerden unspezifischer und wechselnder Natur, wie flüchtige Schmerzen, Brennen, Schwere, Enge und Gefühle, aufgebläht oder auseinander gezogen zu werden, die vom Patienten einem spezifischen Organ oder System zugeordnet werden.

Inkl.: Da-Costa-Syndrom
Herzneurose
Magenneurose
Neurozirkulatorische Asthenie
Psychogene Formen: Aerophagie
Psychogene Formen: Colon irritabile
Psychogene Formen: Diarrhoe
Psychogene Formen: Dyspepsie
Psychogene Formen: Dysurie

DIFFERENTIALDIAGNOSE SOMATOFORME STÖRUNGEN

F45.2 Hypochondrische Störung

Info:

Vorherrschendes Kennzeichen ist eine beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden. Die Patienten manifestieren anhaltende körperliche Beschwerden oder anhaltende Beschäftigung mit ihren körperlichen Phänomenen. Normale oder allgemeine Körperwahrnehmungen und Symptome werden von dem betreffenden Patienten oft als abnorm und belastend interpretiert und die Aufmerksamkeit meist auf nur ein oder zwei Organe oder Organsysteme des Körpers fokussiert. Depression und Angst finden sich häufig und können dann zusätzliche Diagnosen rechtfertigen.

Inkl.: Dymorphophobie (nicht wahnhaft)
Hypochondrie
Hypochondrische Neurose
Körperdymorphophobe Störung
Nosophobie

F45.8 Sonstige somatoforme Störungen

Info:

Hier sollten alle anderen Störungen der Wahrnehmung, der Körperfunktion und des Krankheitsverhaltens klassifiziert werden, die nicht durch das vegetative Nervensystem vermittelt werden, die auf spezifische Teile oder Systeme des Körpers begrenzt sind und mit belastenden Ereignissen oder Problemen eng in Verbindung stehen.

Inkl.: Psychogen: Dysmenorrhoe
Psychogen: Dysphagie, einschließlich "Globus hystericus"
Psychogen: Pruritus
Psychogen: Tortikollis
Psychogen: Zähneknirschen

F45.9 Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet

Inkl.: Psychosomatische Störung o.n.A.

DIFFERENTIALDIAGNOSE NEURASTHENIE

- vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen
- abnehmende Effektivität
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Gefühl körperlicher Schwäche
- muskuläre u.a. Schmerzen
- Schlafstörungen

F48.- Andere neurotische Störungen

F48.0 Neurasthenie

Info:

Im Erscheinungsbild zeigen sich beträchtliche kulturelle Unterschiede. Zwei Hauptformen überschneiden sich beträchtlich. Bei einer Form ist das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit wird typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen beschrieben, als Konzentrationsschwäche und allgemein ineffektives Denken. Bei der anderen Form liegt das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Bei beiden Formen finden sich eine ganze Reihe von anderen unangenehmen körperlichen Empfindungen wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz und allgemeine Unsicherheit. Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst sind häufig. Der Schlaf ist oft in der ersten und mittleren Phase gestört, es kann aber auch Hypersomnie im Vordergrund stehen.

Inkl.: Ermüdungssyndrom

Info: Soll eine vorausgegangene Krankheit angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen.

Exkl.: Asthenie o.n.A. (R53)
Burn-out-Syndrom (Z73)
Chronisches Müdigkeitssyndrom [Chronic fatigue syndrome] (G93.3)
Myalgische Enzephalomyelitis (G93.3)
Psychasthenie (F48.8)
Unwohlsein und Ermüdung (R53)

DSM-V + ICD-11: AUS DER SOMATOFORMEN STÖRUNG WIRD DIE SOMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNG (SBS)

Tab. 2 Gegenüberstellung der somatoformen Störung (DSM-IV) und der somatischen Belastungsstörung (DSM-5)

Somatoforme Störung (DSM-IV)	Somatische Belastungsstörung (DSM-5)
– Körperliche Symptome ohne ausreichende organmedizinische Erklärung	(A) Körperliche Symptome jeglicher Ursache
	(B) Psychologische Faktoren ^a
– Mindestdauer 6 Monate	(C) Mindestdauer 6 Monate
– Subjektives Leiden oder Beeinträchtigungen	(D) Subjektives Leiden oder Beeinträchtigungen
– Keine Simulation oder Vortäuschung	

PHQ-15: SBS

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Universitätsklinikum Heidelberg (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, JAMA, 1999). Deutsche Übersetzung und Validierung der „Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)“ durch B. Löwe et al., Hamburg-Eppendorf (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, Arch Intern Med, 2006)

Seite 1

LONG COVID, POST COVID UND ME/CFS

1. Long Covid, Post Covid, MECFS
2. Post Exertional Malaise (PEM)
3. F-Diagnostik: Doppeldiagnosen und Fehldiagnosen
4. **LC/PC/ME/CFS-Patient*innen im Versorgungssystem**
5. LC/PC/ME/CFS-Patient*innen in der psychotherapeutischen Praxis
6. Fazit

DIE FOLGEN FÜR DIE BETROFFENEN:

"ICH NENNE MEINE KRANKHEIT, UND ERNTE LAUTES LACHEN."

ERFAHRUNGEN BETROFFENER AUF DER SUCHE NACH MEDIZINISCHER HILFE





- Skepsis/Unglaubwürdigkeit bei Ärzt*innen
- Bagatellisierung
- angemessene Behandlung auch anderer Erkrankungen wird versagt
- Psychologisierung
- Zuständigkeitsabweisung
- Gaslighting
- Fehldiagnosen/Fehlbehandlungen/keine Behandlung
- Begutachtungen: In der Regel Psychologisierung/ F45.
- Befunde, die nicht ins vertraute Schema passen, werden in Gutachten nicht erwähnt

Sophie und Paul Wortmann müssen sich anhören, ihr Sohn habe eine Wohlstandskrankheit, er beanspruche Zeit, die man für echte Patienten brauche. Sie werden Helikoptereltern genannt. Wenn sie widersprechen, heißt es mithin: "Wollen Sie meine Reputation anzweifeln?"



Julian Reichelt  @jreichelt · 2T






Long Covid scheint mir zunehmend Long
keine Lust auf Arbeit.

 1.391  713  4.955 



Claudia Ellert @claudia_ellert · 2T

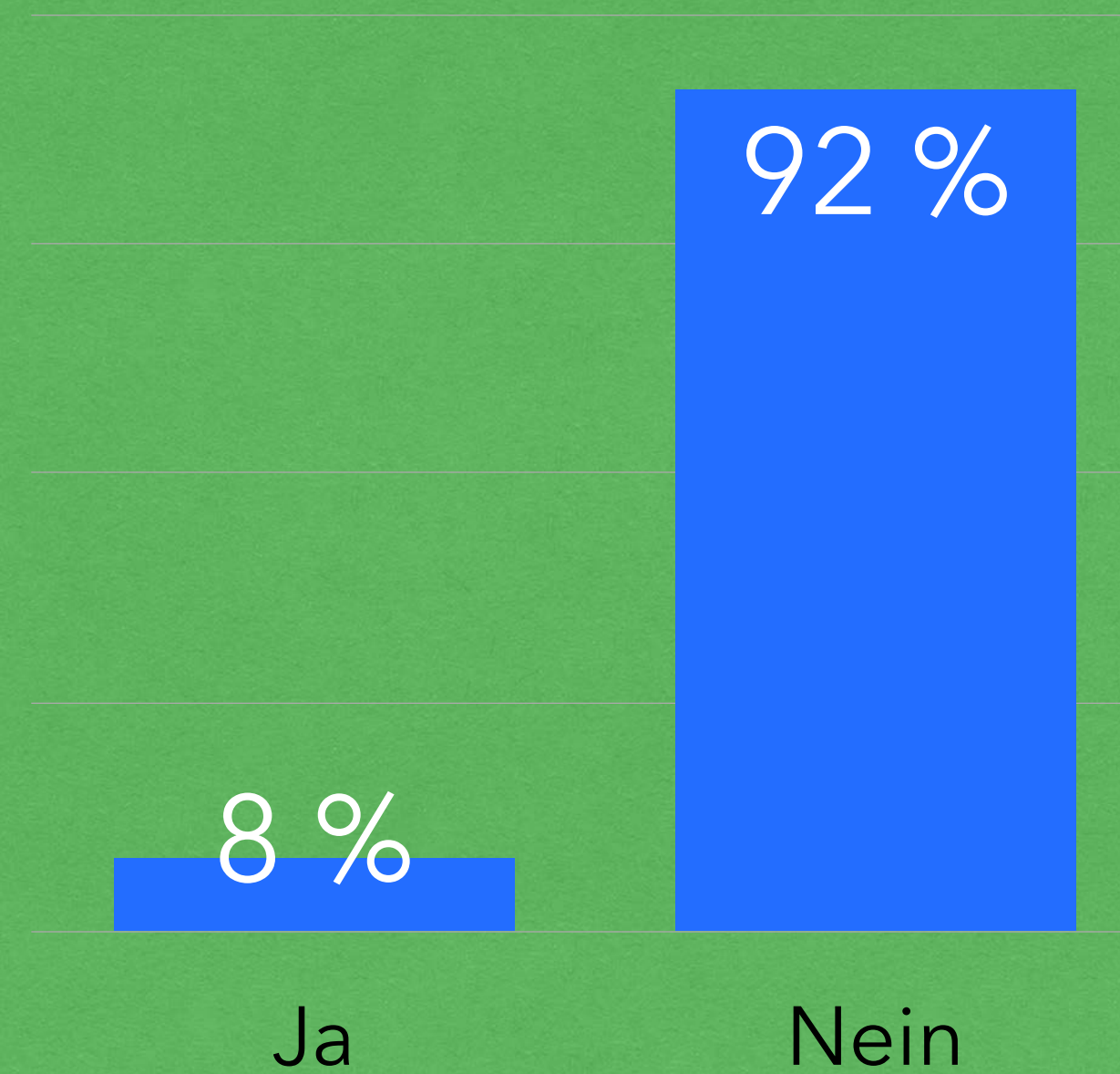
Sehr geehrter Herr Reichelt, ich stehe
Ihnen sehr gern für ein Gespräch zur
Verfügung. Ich bin als Gefäßchirurgin seit
16 Monaten arbeitsunfähig und geb Ihnen
gern einen Einblick in diese Zeit. Dies ist
ein ernst gemeintes Angebot. Ich freue
mich auf Ihre Antwort.

 64  120  2.729  

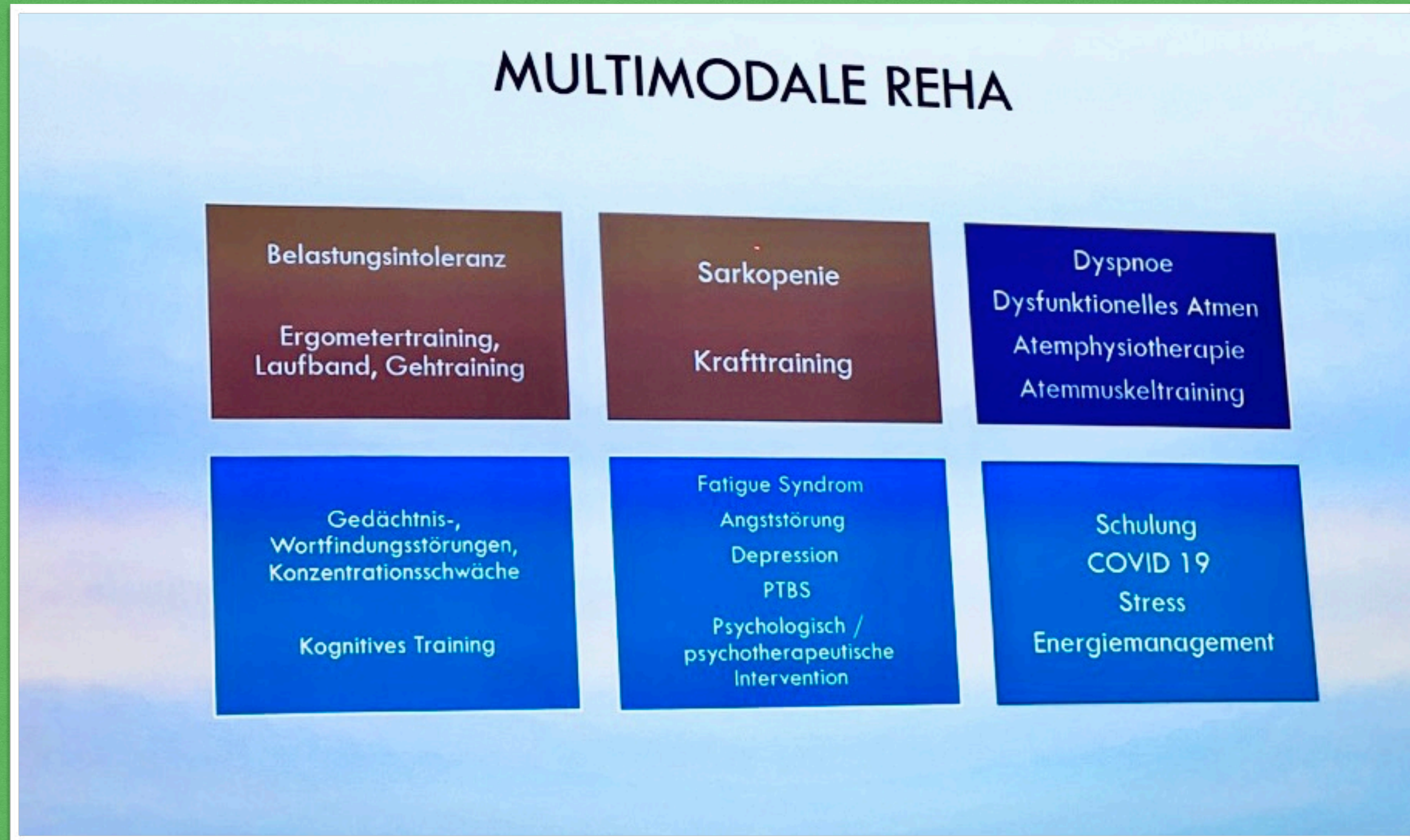
REHAKLINIKEN: NEUE AUSRICHTUNG IST NOTWENDIG

Im Juni 2021 ging Miriam Herzog für sechs Wochen in eine Rehabilitation. "Doch diese hat meinen Zustand verschlechtert, vor allem die neurologischen Beschwerden und die Erschöpfung wurden schlimmer. Erst danach wurde ich bettlägerig." Im Februar 2022 war sie in einer Intensivtherapie mit einer speziellen Atemtherapie, die sie bis heute fortführt. Mittlerweile geht es Miriam Herzog es etwas besser. Sie möchte nun mit zwei Stunden wieder bei der Arbeit einsteigen – im Büro, nicht mehr in der Kinderkrippe. Denn die Reize würde sie nicht mehr aushalten.

**AUFENTHALT IN EINER PSYCHOSOMATISCHEN
REHAKLINIK, N=60:
WURDE PEM BERÜCKSICHTIGT?**



„Multimodale Reha“: Trotz PEM aufs Laufband



„Multimodale Reha“: Pacing als weiteres Modul

Trainingstherapie unter Anleitung

- Pacing-Strategie
- Ausdauer- und Krafttraining
- Koordinations- und Beweglichkeitsschulung
- Individuelle Dosierung nach Intensität, Umfang und Beachtung der PEM (Post-Exertion-Malaise)



LONG COVID, POST COVID UND ME/CFS

1. Long Covid, Post Covid, MECFS
2. Post Exertional Malaise (PEM)
3. F-Diagnostik: Doppeldiagnosen und Fehldiagnosen
4. LC/PC/ME/CFS-Patient*innen im Versorgungssystem
5. **LC/PC/ME/CFS-Patient*innen in der psychotherapeutischen Praxis**
6. Fazit

LONG COVID UND ME/CFS IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS:

1. Patient*innen, bereits in eigener Praxis in Behandlung, haben LC/ME/CFS entwickelt
2. Patient*innen, mit gesicherter LC/ME/CFS -Diagnostik, suchen psychotherapeutische Hilfe
3. Patient*innen, mit fehlender oder Fehl-Diagnose
4. Patient*innen, bereits in Behandlung: Differentialdiagnose LC/ME/CFS prüfen

BLICKWECHSEL IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE

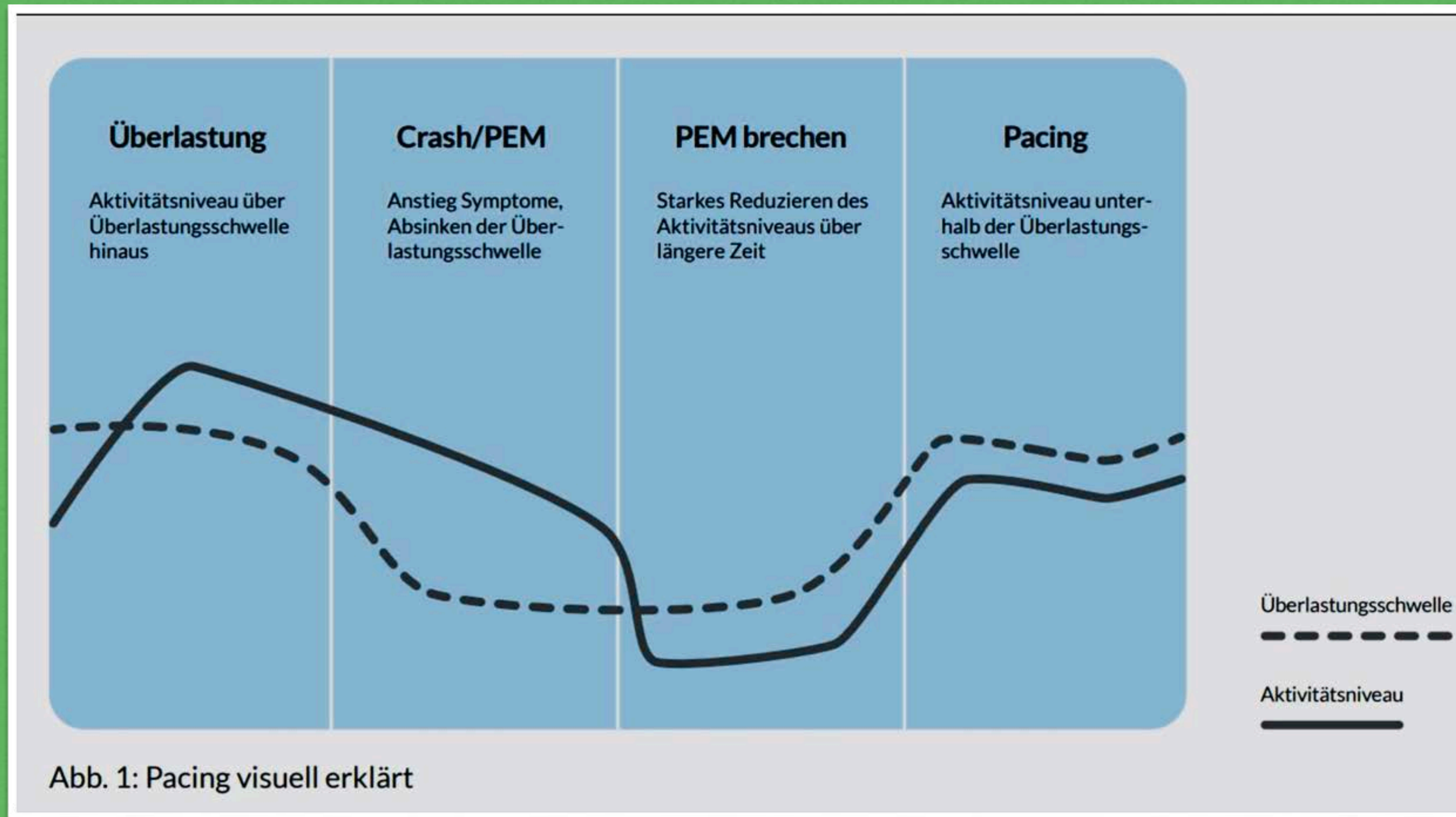


Was hilft:

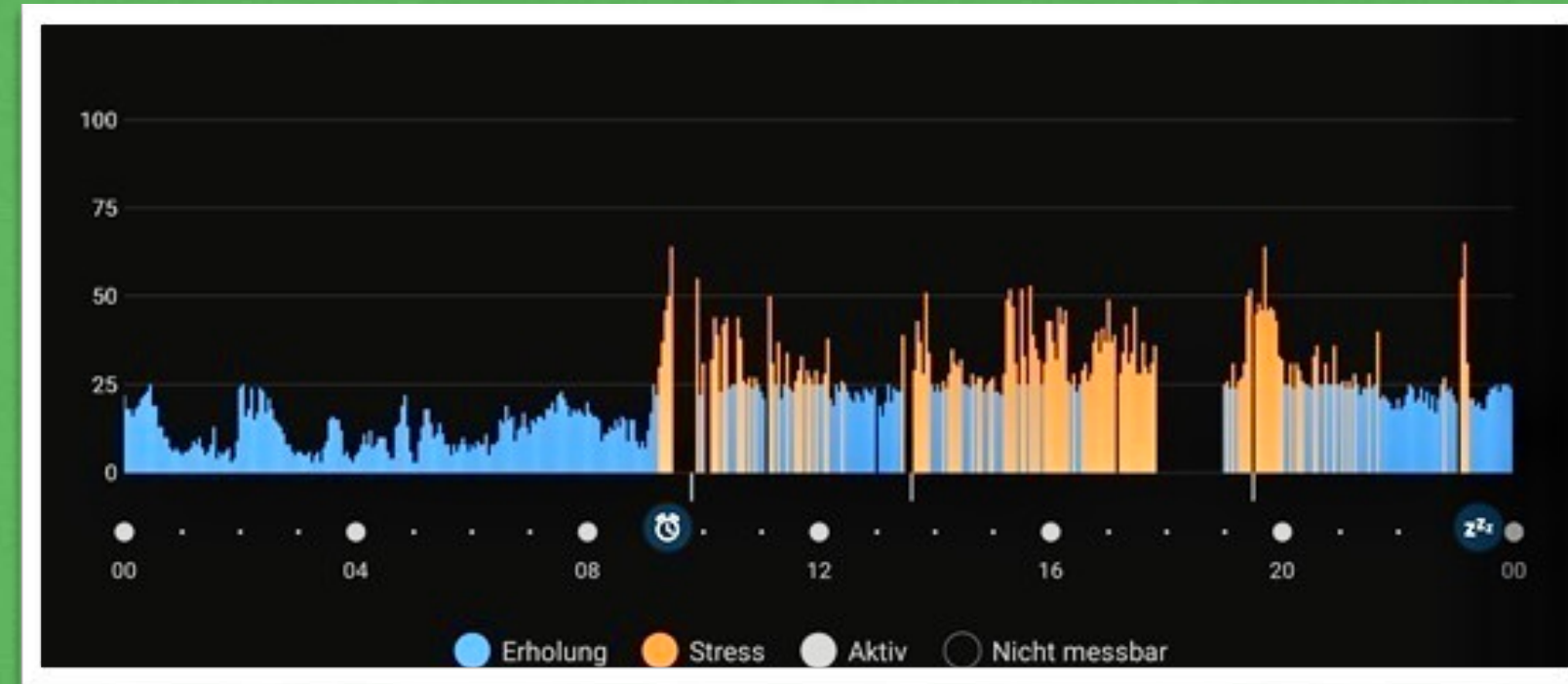
PACING

- Grundbaustein der Behandlung von Long Covid und ME/CFS
- Zentrale Botschaft: Auf die persönlichen Belastungsgrenzen hören (lernen)
- Anpassung der Aktivität, dass es zu keiner Verschlechterung des Zustandes kommt

PACING



KÖRPERLICHE STRESSWERTE: BERECHNET AUF DER BASIS VON HRV BEI ME/CFS

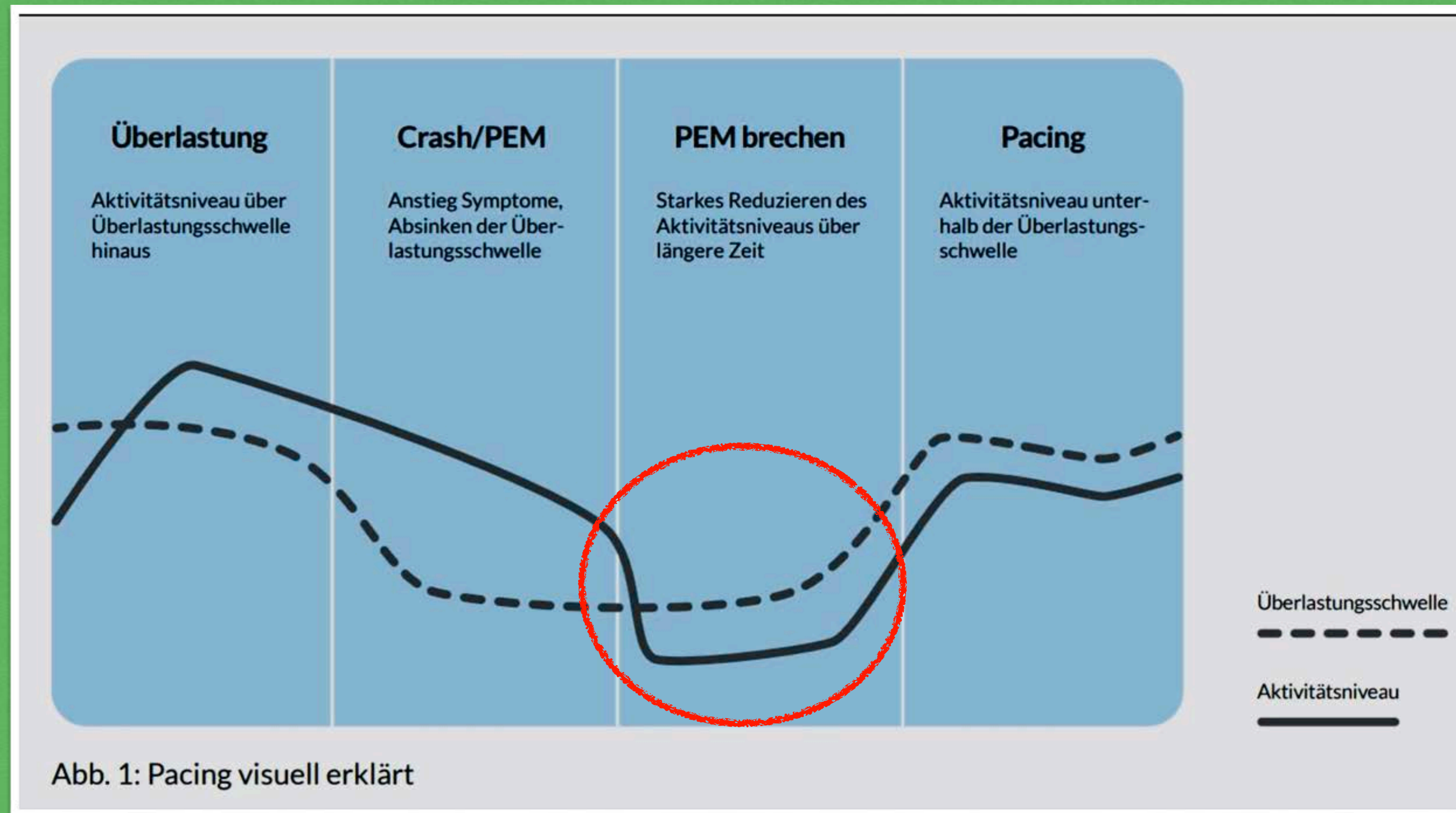


Stresswerte an einem relativ guten Tag mit Aktivitäten < Belastungsgrenze

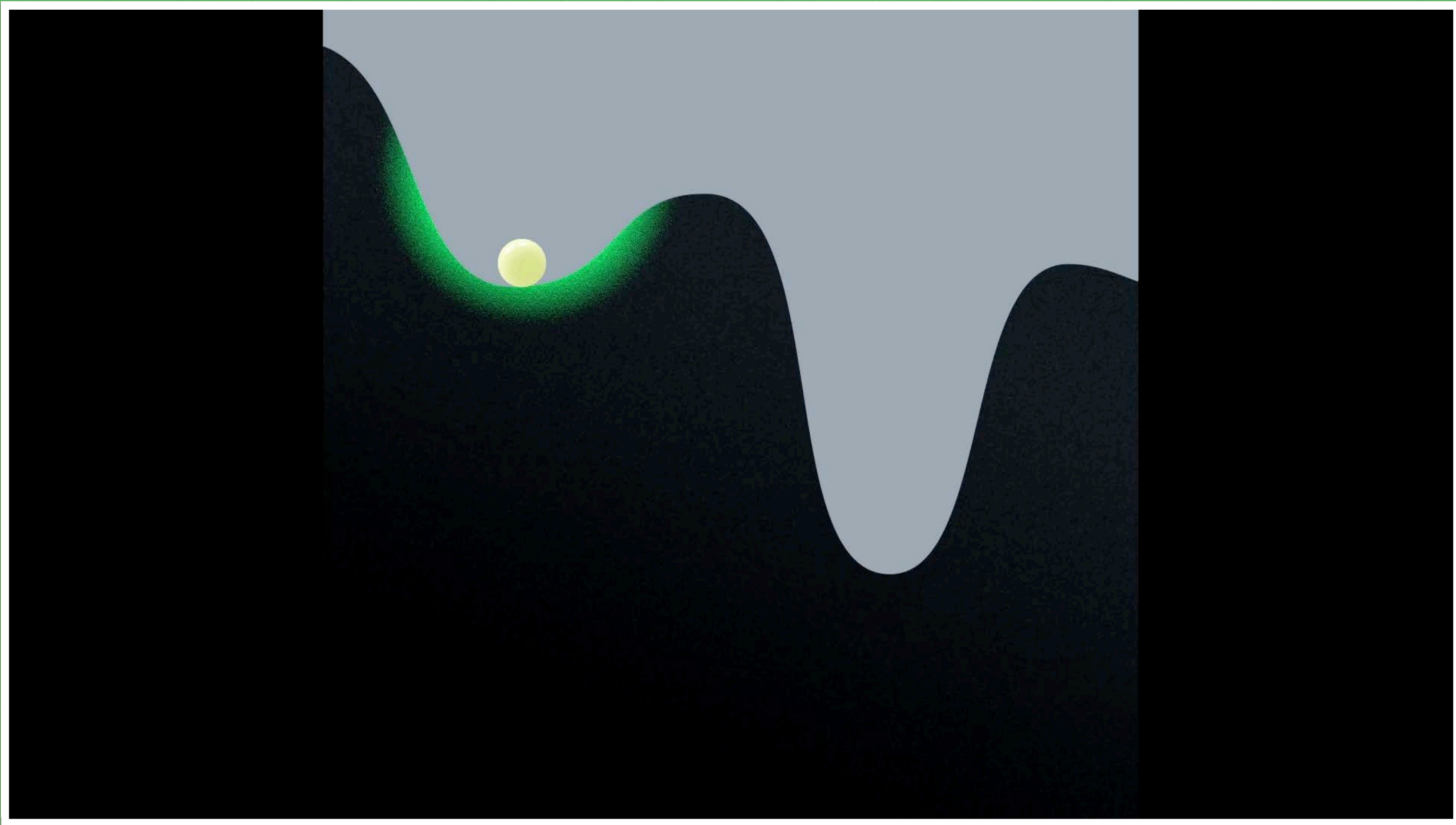


Stresswerte **nach** Belastung, an einem Tag ohne jede Aktivität

PACING



PEM



Herausforderung PACING

Gedanke zum Sonntag
#MECFS, PEM: "Wenn ich meinen Tatendrang zügeln könnte, würde mir **Pacing** leichter fallen". Ich wache auf mit zig Wünschen und Ideen für den Tag, und streiche nach und nach alles wieder durch. Warum streiche ich alles wieder durch? Die Strafe wäre zu schmerzhaft

Man bekommt nichts erledigt ohne sich selbst zu erledigen.
#PEM

Ja, immer aufpassen müssen, seine Euphorie zu zügeln. Wobei ich hier auf hohem Niveau klage, ich weiß. Wie viele von uns MECFS Betroffenen können nicht mehr aufrecht sein, nicht mehr sprechen, nichts mehr in den Händen halten. Wie viele, können nicht mehr online sein.

Auch kein Gefühl von Befriedigung, wenn man etwas erledigt hat. Im Bad nur kurz durchs Waschbecken wischen ist nicht dasselbe wie ein geputztes, aufgeräumtes Bad als Resultat einer Anstrengung. Ich vermisse dieses Gefühl total.

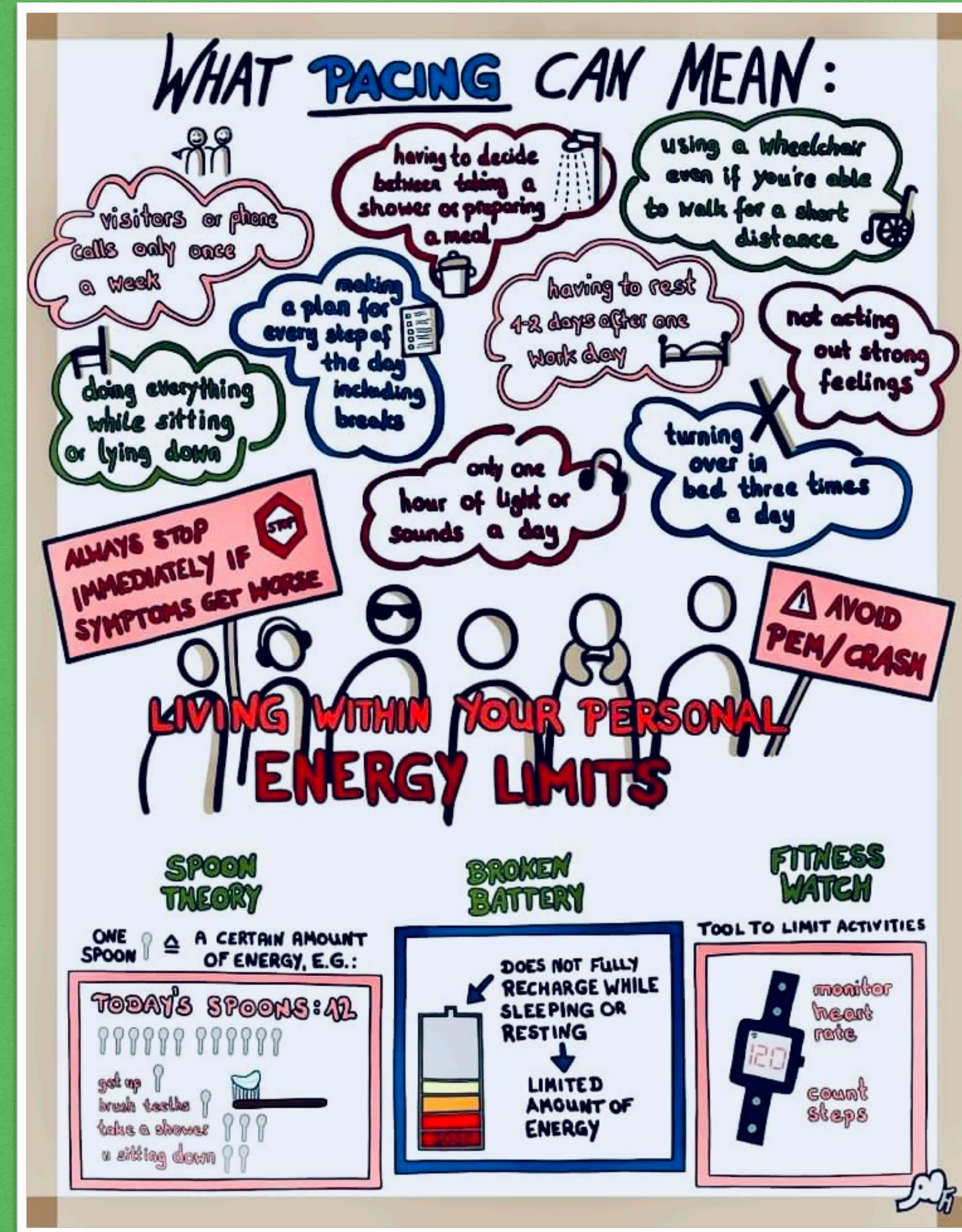
Genau. Man muss so viel Abstriche machen, bei den Anforderungen an sich selbst. Also, ich bin gar nicht mehr ich selbst. Ich-Sein geht mit MECFS, PEM nicht. Blitzeblank nach dem Putzen war doch die Belohnung für die Tat. Nun gibt es keine Belohnung, aber Strafe: Crash ohne blank

Ich finde das besonders schwierig bei Gesprächen. Ich freue mich einfach so über Kontakt und manche Freund*innen Mal wieder zu sehen und werde so euphorisch. Ich hasse es, dass man quasi nie einfach loslassen und genießen kann.

Wenn ich nicht gut pace und Adrenalin ansteigt, kann ich tatsächlich noch so einiges. Es ist dann, als würde ich unter Drogen stehen, ich versuche mich selbst zu betrügen, dass das jetzt anders ist und ich das doch mal machen kann.

Was Pacing für die Betroffenen bedeutet:

- Begrenzungen
- Selbstbeherrschung
- Verzicht
- Frustrationstoleranz
- Isolation
- Einsamkeit



ACHTUNG FÄLSCHUNG!

Bei ME/CFS und Belastungsintoleranz/ postexertioneller Malaise bitte nur "echtes" Pacing akzeptieren!

Pacing:

Aktivitäten täglich neu planen/anpassen

Crashes vermeiden/ im Crash absolute Ruhe!

Wichtigste Richtlinie: auf keinen Fall die eigene Belastungsgrenze überschreiten!

Kein falsches Versprechen von Heilung!

Ziel: Stabilisierung, evtl. Verbesserung (realistisch bei ME/CFS)

Kein Pacing:

Starrer Trainingsplan/ Vorgaben von Mindestaktivität

Crashes und postexertionelle Malaise ignorieren

Steigerung der Aktivität um jeden Preis, Theorie der "Dekonditionierung"

Behauptung, dass man damit geheilt wird oder "gut leben kann"

Ziel: Volle Erwerbsfähigkeit/ Leistungsfähigkeit wiedererlangen (funktioniert bei ME/CFS nicht!)

#MEAwarenessHour

Psychotherapeutische Herausforderungen, auf die wir bei der Arbeit am Pacing stoßen könnten

A. Strukturthemen

Selbstwahrnehmung / Körperwahrnehmung:

- Wie erlebe ich mich, wie meinen Körper?
- Kann ich innere Zustände deuten, zuordnen, kommunizieren?
- Nehme ich psychische Zustandsveränderungen wahr? Kann ich sie einordnen, verstehen?
- Anzeichen für Veränderungen meines Körpers: Kann ich sie wahrnehmen und bewerten?

Selbst-Steuerung:

- Das eigene Handeln auch hinsichtlich seiner Folgen abwägen
- Sich einschätzen können; sich bescheiden, verzichten.
- Sich von eigenen/anderer Stimmungen+Ansprüchen abgrenzen können („Nein“)
- Enorme Frustrationstoleranz notwendig

Psychotherapeutische Herausforderungen, auf die wir bei der Arbeit am Pacing stoßen könnten

B. Konfliktthemen

Zwanghaftigkeit / Kontrolle:

- Der Kontrollverlust ist schwer zu tolerieren
- Pacing wird zu schematisch, zwanghaft betrieben
- „Was heute galt, gilt morgen nicht mehr“-schwer zu bewältigen
- Auch die Ohnmacht der Helfer schwer aushaltbar

Schuld:

- Verpflichtungen gegenüber anderen nicht bedienen zu können
- Verschlechterungen, Crashes sich selbst anlasten
- Krankheitsgenese als eigenes Versagen zu attribuieren

Eigene Ansprüche / Ansprüche anderer:

- Lebensziele neu definieren-verkleinern
- Aushalten, „kleine Brötchen zu backen“
- Aushalten, nicht ernst genommen (Ärzte/Angehörige)-wo es doch die eigenen Ansprüche wären, zu leisten- zu leben!

Selbstwert:

- Die eigene Begrenztheit wird als persönliches Versagen erlebt
- Scham über das als solches erlebte Unvermögen
- Beschämung durch den Umgang anderer mit der Diagnose

Versorgung / Autarkie:

- Schwierigkeiten, eigene Bedürfnisse zuzulassen ...
- ... und diese von anderen zu fordern
- Schuldhaftes Erleben, (andere) *zu brauchen*
- Selbstwertdefizit, nicht mehr *geben* zu können

Versorgung /Abhängigkeit:

- Krankheit als Rechtfertigung für passive Versorgungsansprüche

Psychotherapeutische Implikationen

- **Pacing** bei strukturellen Einschränkungen:
Üben und Entwickeln
- **Pacing** bei Konflikten:
Bewusstsein wecken, Widerstände überwinden
- **Pacing** im **Hier und Jetzt** des therapeutischen Settings beachten und umsetzen!

BESONDERHEITEN IM PSYCHOTHERAPEUTISCHEN SETTING- WAS DAVON BENÖTIGT DER / DIE PATIENT*IN UND WAS KANN ICH ERMÖGLICHEN

- Videotherapie
- Individuelle Sitzungszeiten
- Individuelle Sitzungslänge
- Individuelle Frequenz
- Kurzfristige Absagen
- Abbruch der Sitzung
- Kommunikation per eMail

WENN KEINE ANDERE,

GESICHERTE ICD-10 DIAGNOSE AUS DEM F-BEREICH VORLIEGT: F54

- Erfahrungen der Patient*innen mit Fehldiagnosen
- Bedeutung der F-Diagnosen für Beantragung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen
- Kombination von G93.3 oder U09.9! mit F54

F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F54 **Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten**

Info:

Diese Kategorie sollte verwendet werden, um psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die eine wesentliche Rolle in der Ätiologie körperlicher Krankheiten spielen, die in anderen Kapiteln der ICD-10 klassifiziert werden. Die sich hierbei ergebenden psychischen Störungen sind meist leicht, oft lang anhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung) und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer der anderen Kategorien des Kapitels V.

Inkl.: Psychische Faktoren, die körperliche Störungen bewirken
Beispiele für den Gebrauch dieser Kategorie sind: Asthma [F54](#) und [J45.-](#)

F43: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

- [F43.0 Akute Belastungsreaktion](#)
- [F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung](#)
- [F43.2 Anpassungsstörungen](#)
- [F43.8 Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung](#)
- [F43.9 Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet](#)



LONG COVID, POST COVID UND ME/CFS

1. Long Covid, Post Covid, MECFS
2. Post Exertional Malaise (PEM)
3. F-Diagnostik: Doppeldiagnosen und Fehldiagnosen
4. LC/PC/ME/CFS-Patient*innen im Versorgungssystem
5. LC/PC/ME/CFS-Patient*innen in der psychotherapeutischen Praxis
6. **Fazit**

- Differentialdiagnose Long Covid / ME/CFS?
- Patient*innen mit - PEM, POTS, Brain Fog - **Konsile!**
- ME/CFS + Long Covid: **Pacing**
- Bei Doppeldiagnose: **Pacing first!**

Fazit:

Solange wir noch keine wirksamen Therapien haben,
ist der Schutz vor Verschlechterung das oberste Ziel.

Es ist aktuell sehr viel leichter,

Long Covid, Post Covid und MECFS

durch Therapien zu verschlechtern als zu verbessern

250.000 PatientInnen mit ME/CFS



**Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen
Charité**

**Prof. Dr. Uta Behrends
München Schwabing, <21 Jahre**

Demnächst:

Uniklinik Erlangen, Frau Dr. B. Hohberger:
ME/CFS+LongCovid-Ambulanz
per Videosprechstunde



Bettina Grande @Gran... · 5h ...
Die Uniklinik Erlangen mit @Dr_B_Hohberger verlinkt demnächst das Angebot einer #Videosprechstunde, in deren Rahmen eine ausführliche #LongCovid Anamnese erhoben wird. Weiterführende Diagnostik ggf. vor Ort 📍 #MECFS #PostCovid

Klinischer Algorithmus zu Long-COVID: Die Patienten mit V.a. Long-COVID erhalten (1) im Rahmen einer Videosprechstunde die Erhebung der Anamnese, Durchführung von Chronic-Fatigue (CFS) Fragebögen, Konzentrationstest und die Gradulierung entsprechend der Post-COVID-19 Skala, SF-36; nach Terminvereinbarung bei V.a. Long-COVID (2) erfolgen die klinischen Untersuchungen zur T-Zell-Aktivität (quantitativer Elisa, Neutralisationsassay, T-Zell-Ellspot), Messung der retinalen Mikrozirkulation (OCT-Angiographie, OCT-A), eine Bestimmung der GPCR-AAb (Kardiomyocyt-Bioassay), Messung der Blutzellphysik (RT-DC) und eine Erhebung des internistischen Status (EKG, Herz-Echographie, Lungenfunktionsdiagnostik, Lungendiffusionsdiagnostik, Gehstest) und VR-Oculomotor Test (VR-OTS) (3). Entsprechend der Ergebnisse werden die Patienten in die 3 Subgruppen unterteilt: Prolongierte Rekonvaleszenz aufgrund hohem Regenerationsbedarf bei starken Organschäden (4), die einer Rehabilitation zugeführt werden (5); anhaltende Immunaktivierung durch geringe Virusmenge bei unvollständiger Virusradikation (6) mit Weiterleitung zur Booster Impfung gegen SARS-CoV-2 (7); viral-induzierte Autoimmunreaktionen (8) mit Weiterleitung zur spezifischen Neutralisierung der GPCR-AAbs (9).



Dr. Bettina Hohb... · 21h



Zum Abschluss der Woche seht ihr hier unser ak...

Jetzt erschienen:



Heute im *Spiegel*:

Long Covid und ME/CFS

S+ Wenn selbst zum Zähneputzen die Kraft fehlt

Ein Teil der Long-Covid-Patienten leidet an Belastungsintoleranz – ihnen können zu viel Bewegung und Aktivität schaden. Auch eine Reha ist dann keine gute Idee. Betroffene beklagen, dass sie meist nicht ernst genommen werden.

Von Nina Weber

23.09.2022, 13.00 Uhr • aus DER SPIEGEL 39/2022

Weiterlesen mit **SPIEGEL** 

Links:

[HTTPS://CFC.CHARITE.DE/FUER_AERZTE/](https://cfc.charite.de/fuer_aerzte/)

Deutsche Gesellschaft für ME/CFS
info@dg.mecfs.de
www.mecfs.de

Long COVID Deutschland
info@longcoviddeutschland.org
www.longcoviddeutschland.org

Deutsche Gesellschaft für ME/CFS e.V.
Bornstr. 10, 20146 Hamburg
Sitz: Hamburg
Registereintragung: Amtsgericht Hamburg, VR 22914

<https://www.fatigatio.de/>

Michael Stingl: neurostingl.at oder Twitter: @neurostingl

**VIELEN DANK FÜR EURE
AUFMERKSAMKEIT!**

