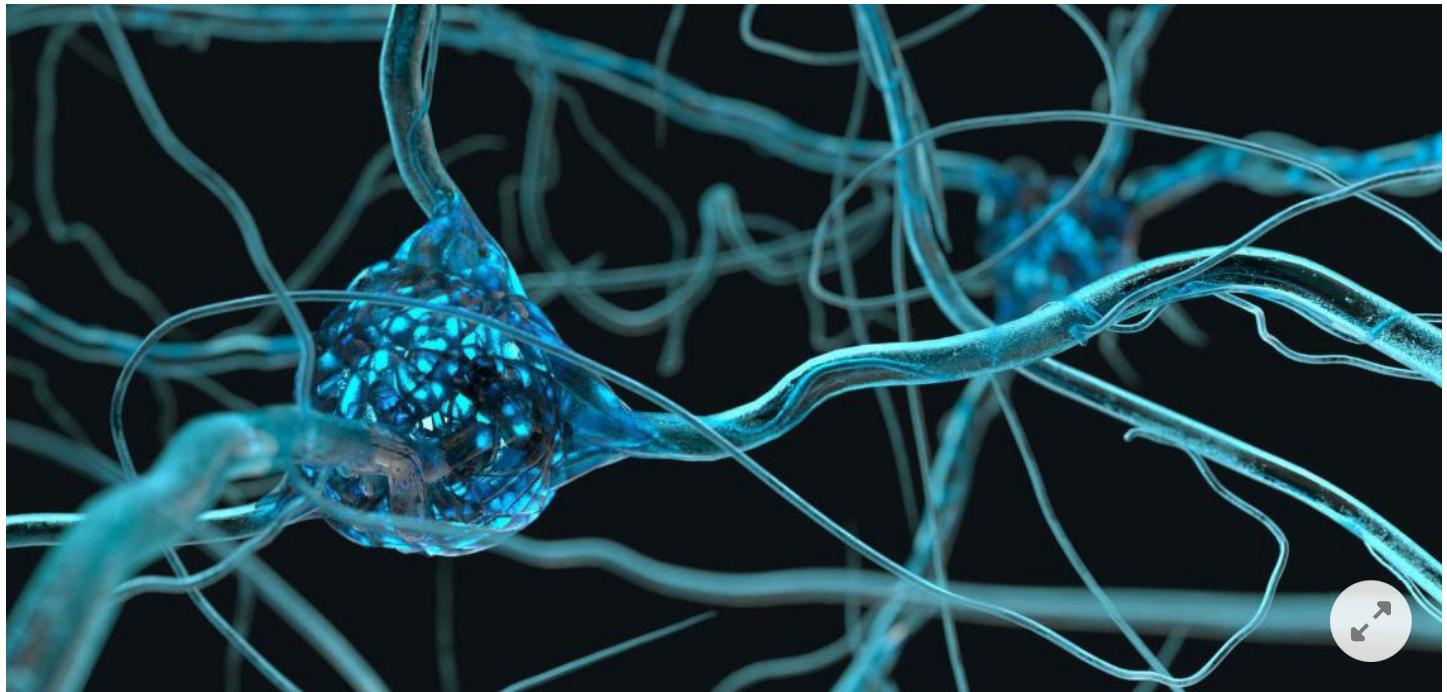


## Jede 7. Corona-Infektion führt zu Long Covid

Stand: 08:02 Uhr | Lesedauer: 9 Minuten



Von **Norbert Lossau**  
Chefkorrespondent Wissenschaft



Coronaviren wurden nur in Einzelfällen in Nervenzellen nachgewiesen. Dennoch sind sie offenbar die Ursache für zahlreiche neurologische Störungen

Quelle: Getty Images

In fast allen Fällen leiden Long Covid-Patienten unter neurologischen Beeinträchtigungen. Das häufigste Symptom ist eine pathologische Müdigkeit. Bei rund 90 Prozent aller Betroffenen lassen sich keine organischen Ursachen feststellen.

**D**as Universitätsklinikum Essen (<https://www.uk-essen.de/>) ist nach der Berliner Charité (<https://www.charite.de/>) das zweitgrößte Akut-Covid-Behandlungszentrum in Deutschland. Professor Christoph Kleinschmitz leitet dort die Klinik für Neurologie. Über die Ergebnisse seiner Long Covid-Studie berichtet er im Interview.

**WELT:** Welche Erfahrungen haben Sie als Neurologe im Zusammenhang mit Covid-Patienten gemacht?

**Christoph Kleinschmitz:** Wir haben am Uniklinikum Essen über 3000 Akut-Covid-Patienten behandelt und auch eine Studie zu neurologischen Komplikationen veröffentlicht. Bei diesen Patienten gibt es unter anderem mehr Schlaganfälle, Muskelschwäche und epileptische

Anfälle. Als im Sommer 2020 erstmals von Long Covid berichtet wurde, stellte sich uns zwangsläufig die Frage der Nachsorge. Viele Betroffene berichteten von Symptomen, die in den Bereich der Neurologie fallen. Mittlerweile haben sich in unserer neurologischen Long Covid-Ambulanz mehr als 500 Patienten vorgestellt.

**WELT:** Was sind da die häufigsten Symptome?

**Kleinschmitz:** Unserer Studie zeigt als häufigstes Symptom eine pathologische Müdigkeit, auch Fatigue genannt. 60 Prozent der Long Covid-Patienten leiden darunter. Es folgen mit etwa 40 Prozent Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, was oft mit „brain fog“ zusammengefasst wird. Von Problemen bei der Wortfindung sind 20 bis 30 Prozent der Patienten betroffen. Ebenso häufig sind Schwindel und Kopfschmerzen (<https://www.welt.de/themen/kopfschmerzen/>). Seltener wird von Schlaflosigkeit, innerer Unruhe, Angst und depressiven Verstimmung berichtet. Dieses Spektrum von Symptomen wird so auch in anderen Studien gesehen.

## **Geruchssinn ist meist nach drei Monaten zurück**

**WELT:** Nicht erwähnt haben Sie die Störungen des Geruchssinns.

**Kleinschmitz:** Bei den Akut-Covid-Patienten traten sie sehr häufig auf. Doch spätestens nach drei Monaten waren sie in den meisten Fällen verschwunden. In unserer Long Covid-Studie waren es nur noch unter zehn Prozent, die unter Beeinträchtigungen des Geruchssinns litten. Das heißt aber keinesfalls, dass es nicht Einzelfälle gibt, die noch nach einem Jahr unter Geruchsstörungen leiden. Wie bei vielen Dingen in der Medizin gehorchen die Zeitspannen, nach denen die Geruchsstörungen verschwinden, einer Gauß-Verteilung.

**WELT:** Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Schwere einer Covid-Erkrankung und der Wahrscheinlichkeit für Long Covid?

**Kleinschmitz:** Von den Long Covid-Patienten in unserer Studie hatten rund 90 Prozent einen milden Krankheitsverlauf. Und weniger als ein Prozent von ihnen war auf der Intensivstation.

**WELT:** Das würde ja bedeuten, dass die Wahrscheinlichkeit für Long Covid bei einem milden Verlauf größer ist als bei einem schweren?

**Kleinschnitz:** So kann man das sicher nicht sagen. Bei diesen Daten gibt es Verzerrungseffekte – zum Beispiel den, dass fast 50 Prozent der Covid-Intensivpatienten sterben und mithin bei ihnen kein Long Covid mehr auftreten kann. Eine präzise Antwort auf Ihre Frage ist auch deshalb schwierig, weil die Begriffe „milde“ oder „moderat“ schwammig sind. Was man sagen kann ist, dass zehn bis 15 Prozent aller Covid-Infektionen zu Long Covid-Symptomen führen. Und nach meinem Eindruck ist die Wahrscheinlichkeit dafür nicht sehr stark von der Schwere des Krankheitsverlaufs abhängig. Ich gehe aber davon aus, dass sie bei einem milden Verlauf doch ein wenig geringer ist.

## **Es gibt fast immer eine neurologische Komponente**

**WELT:** Wenn Sie sagen, 10 bis 15 Prozent aller Covid-Infektionen führen zu Long Covid – sind dann nur die Patienten mit neurologischen Symptomen gemeint?

**Kleinschnitz:** Es gibt so gut wie keine Long Covid-Fälle, die nicht auch eine neurologische oder psychiatrische Komponente haben. Nur wenige leiden ausschließlich unter Atemproblemen. Insofern muss man da bei den Fallzahlen keine Unterscheidung machen.

**WELT:** Was weiß man über die Ursachen für die neurologischen Probleme bei Long Covid?

**Kleinschnitz:** Es gibt mittlerweile sehr viele Theorien zu den Ursachen von Long Covid. Da wurden bei diversen Parametern Veränderungen festgestellt und dann ein Zusammenhang mit Long Covid als Hypothese aufgestellt. Unsere Daten zeigen in 90 Prozent der Fälle keinerlei organische Auffälligkeiten. Deshalb gehe ich davon aus, dass die Ursache für die meisten Symptome im psychologischen und psychosomatischen Bereich zu suchen ist. Dort sehe ich mithin den wichtigsten Ansatzpunkt für die Behandlung der Patienten. Natürlich haben wir nicht immer alle Messungen durchgeführt, die Grundlage für die besagten Hypothesen sind. Doch ich möchte betonen, dass wir sehr gründliche Untersuchungen durchführen. Bei der Erstvorstellung werden nicht nur Vorerkrankungen erfasst und körperliche Untersuchungen durchgeführt, sondern auch eine standardisierte neurologische Untersuchung, die elektrische Vermessungen des Nervensystems, MRT- und Ultraschall-Aufnahmen des Gehirns, Nervenwasseruntersuchungen, die Labor-Messung von

Entzündungs- und Lungenparametern sowie umfangreiche psychosomatische Tests. Das alles dauert viele Stunden. Ob auch noch Entzündungs- und Immunphänomene oder Mikrotrombosen eine Rolle bei Long Covid spielen, kann ich nicht hundertprozentig ausschließen. Ich halte das aber nicht für sehr plausibel. Da werden gewisse Parameter zwar sehr genau gemessen, doch der Zusammenhang mit Sars-CoV-2 bleibt im Vagen. Meine Hypothese lautet: In der Mehrzahl der Fälle führt eine psychosomatische Fehlverarbeitung zu den Long Covid-Symptomen. In diese Richtung müssen die Therapien ansetzen, wenn wir möglichst vielen helfen wollen.

**WELT:** Sie sagen also, dass 90 Prozent der Long Covid-Beschwerden eine psychosomatische Ursache haben?

**Kleinschnitz:** Wir finden in 85 bis 95 Prozent der Fälle keinen organischen Befund. Dabei ist mir wichtig zu betonen, dass diese Menschen tatsächlich einen Leidensdruck haben und die Symptome real und nicht eingebildet sind. Psychosomatische Effekte in der Neurologie gab es auch schon vor Covid und sie sind sehr häufig. Es gibt sogar psychosomatische Querschnittslähmungen, sodass Leute im Rollstuhl sitzen, obwohl ihr Nervensystem vollkommen intakt ist. Innere Konflikte können zu vielfältigen Symptomen führen. Und heute wird eben viel auf Covid projiziert. Das muss man berücksichtigen, wenn man die Menschen richtig behandeln will. Aus meiner Sicht ist es nicht zielführend, wenn wir uns jetzt auf 1000 Minibefunde stürzen, die für das Gros der Patienten nicht relevant sind. Das ist schlechte Medizin, weil sie nicht den Menschen als Ganzes im Blick hat.

## Minibefunde helfen im klinischen Alltag nicht weiter

**WELT:** Aber diese Minibefunde könnten der Schlüssel zu wichtigen neuen Erkenntnissen sein?

**Kleinschnitz:** Je mehr gemessen wird, umso mehr Abweichungen von der Norm findet man – bei jedem von uns. Wenn Sie 1000 Messungen machen, werden sie irgendwo eine Abweichung finden. Die Frage ist doch: Was bedeutet diese Miniabweichung? Meistens sehr wenig. Man kann sich natürlich draufstürzen und sagen, genau diese eine Abweichung könnte die Ursache für Long Covid, Fatigue oder welches Symptom auch immer sein. Über solche Dinge werden gewiss noch viele Doktorarbeiten geschrieben. Doch für den klinischen Alltag bringt das vorerst nichts. Ich habe im ersten Semester gelernt, eine Diagnostik macht man

nur aufgrund eines klinischen Befundes und nicht umgekehrt. Bei Long Covid passen die durchgeführten Untersuchungen oft nicht zur klinischen Fragestellung.

**WELT:** Wie sollte denn die Erforschung von Long Covid vernünftigerweise weitergehen? In Nordrhein-Westfalen ist ein großes Verbundprojekt zur Erforschung von Long Covid geplant.

**Kleinschmitz:** Als Wissenschaftler und Universitätsprofessor befürworte ich selbstverständlich diese Forschung und ihre Förderung. Es ist absolut richtig, sich all diese Dinge anzusehen – von Antikörpermustern bis hin zu Immunsignaturen. Doch als Kliniker muss man sich angesichts knapper Ressourcen überlegen, wo man in der medizinischen Versorgung investiert. Ich meine, wir sollten in erster Linie die Versorgungsstrukturen im psychologischen und psychosomatischen Bereich stärken. Da gibt es in Deutschland große Defizite, ja eine Unterversorgung. Das liegt auch daran, dass psychologische Erkrankungen gesellschaftlich nicht akzeptiert sind. Über diese Schiene könnten wir insgesamt viel mehr Menschen helfen als mit reiner Gerätemedizin.

**WELT:** Grundlagenforschung hat Dinge im Blick, die vielleicht erst viel später relevant werden. Ein Beispiel sind die mRNA-Impfstoffe, die nicht so schnell verfügbar gewesen wären, wenn man nicht schon jahrelang daran geforscht hätte. Bei Long Covid berichten Forscher nun von einem Protein-Marker, der auch in der Frühphase von Demenz (<https://www.welt.de/themen/demenz/>) beobachtet wird. Könnte Demenz eine Spätfolge von Covid sein?

**Kleinschmitz:** Wir haben bei keinem einzigen Patienten Sars-CoV-2-Viren im Nervenwasser nachweisen können.

**WELT:** Andere Forscher berichten von solchen Funden.

**Kleinschmitz:** Es herrscht insgesamt darüber Einigkeit, dass Sars-CoV-2-Viren in Nervenzellen und ins Nervenwasser gelangen können. Dies geschieht jedoch wahrscheinlich nur sehr selten und wurde nur in Einzelfällen beobachtet – und bei uns eben nicht. Das bedeutet: Mögliche Konsequenzen werden sich auf sehr wenige Patienten beschränken. Einzelfälle sind zwar wissenschaftlich interessant, aber nicht repräsentativ für den klinischen Alltag.

**WELT:** Sie schließen aber nicht aus, dass Demenz eine Spätfolge sein könnte?

**Kleinschmitz:** Wenn das Virus die Neuronen nicht direkt kaputt macht, wie soll dann eine Demenz entstehen? Okay, es könnte indirekte Effekte geben, zum Beispiel immunologische, die langfristig zu einer Demenz führen. Das kann ich momentan nicht widerlegen. Ich kann nur sagen, dass wir unsere Long Covid Patienten intensiv auf Demenz untersucht und kein Demenz-typisches Muster gefunden haben. Ich halte es daher für sehr unwahrscheinlich, dass Sars-CoV-2 die Ursache für Demenz-Erkrankungen sein wird, kann es aber zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht ausschließen. Doch wenn da etwas kommen sollte, dann wird es kein Massenphänomen sein. Da bin ich mir ganz sicher.

**WELT:** Könnten Impfungen ein Auslöser für Long Covid sein?

**Kleinschmitz:** Wir haben dazu keine eigenen wissenschaftlichen Daten, durch Studien ist aber gut belegt, dass Impfungen die Wahrscheinlichkeit für Long Covid verringert. Aus eigener Erfahrung kann ich das zumindest anekdotisch bestätigen: Wir haben hier in der Klinik sehr viele Mitarbeiter gegen Covid geimpft und mir ist kein Fall bekannt, dass da jemand Long Covid bekommen hat.

**WELT:** Aber es gab Fälle, in denen die Impfung zu schweren neurologischen Nebenwirkungen geführt hat.

**Kleinschmitz:** Das ist richtig. Es gab tragische Einzelfälle, etwa Sinusvenenthrombosen, akute Lähmungen und schwere Gehirnentzündungen. Der große gesellschaftliche Nutzen der Corona-Impfungen hat diese seltenen Nebenwirkungen indes um ein Vielfaches aufgewogen. In unserer Klinik haben wir einen Patienten behandelt, bei dem anderenorts durch einen PCR Rachenabstrich ein Halsgefäß verletzt und dadurch ein Schlaganfall (<https://www.welt.de/themen/schlaganfall/>) ausgelöst wurde. Aus diesem außergewöhnlichen und extrem unwahrscheinlichen Fall würde auch niemand folgern, dass Corona-Tests generell lebensgefährlich sind. Man darf in der Medizin niemals Einzelfälle pars-pro-toto nehmen. Das gilt für Impfnebenwirkungen ebenso wie für Long Covid.

## Zur Person

**Christoph Kleinschnitz** wurde 1973 in Würzburg geboren und studierte dort zwischen 1994 und 2000 Humanmedizin. 2007 erlangte er am Uniklinikum Würzburg den Facharzt für Neurologie und wurde 2011 zum Universitätsprofessor berufen. 2016 wechselte er auf den Lehrstuhl für Neurologie an die Universität Duisburg-Essen und leitet seitdem die Neurologische Universitätsklinik in Essen. Kleinschnitz hat über 400 wissenschaftliche Fachartikel veröffentlicht und wurde für seine Arbeiten mehrfach national und international ausgezeichnet.

---

Die WELT als ePaper: Die vollständige Ausgabe steht Ihnen bereits am Vorabend zur Verfügung – so sind Sie immer hochaktuell informiert. Weitere Informationen: <http://epaper.welt.de>

Der Kurz-Link dieses Artikels lautet: <https://www.welt.de/237030783>