

DER LANDARTZ



TESTEN, ABER RICHTIG

VON DR. THOMAS ASSMANN

Herr Doktor, ein Labor möchte Sie sprechen“, sagte meine Mitarbeiterin. Ich war überrascht, normalerweise läuft alles problemlos mit den Kollegen dort und der Datenübertragung. Die Labormitarbeiterin berichtete, leider sei ein Fehler passiert: Zwei Covid-19-Proben waren vertauscht worden. Beide waren jedoch negativ, die Patienten hatten also keine Infektion. Man wolle aber sicherheitshalber nochmals eine Probe bei den Patienten ziehen.

Der Mitarbeiterin des Labors war das ganze Geschehen peinlich, doch waren die Gründe schwerwiegend. Sie erklärte, dass ihr Labor mit den Covid-19-Tests bis an die Belastungsgrenze gelangt sei. Teilweise würden Proben auch an andere Labore abgegeben, doch auch diese seien an der Kapazitätsgrenze.

Zurzeit werden circa eine Million Tests pro Woche durchgeführt. Mit dieser Zahl ist Deutschland weltweit führend, gerade bei den aufwendigen PCR-Tests. Aber warum kann nicht noch mehr getestet werden? Weil wir mit Laboren auf der ganzen Welt um Testkits und Reagenzien kämpfen. Das sagte auch Gesundheitsminister Jens Spahn auf einer Veranstaltung, die ich Anfang der Woche besuchte. Er würde gerne noch mehr Tests einkaufen für Deutschland, aber die Vereinigten Staaten agierten aggressiv auf dem Weltmarkt und zahlten fast jeden Preis für die Testkits.

Wir waren uns einig, dass bei begrenzter Testanzahl ein Ranking erfolgen muss, das festlegt, welche Gruppen getestet werden und wann getestet wird. Also eine knallharte Priorisierung der Tests für wichtige Bereiche unserer Gesellschaft.

Auch bei meinen Mitarbeitern regt sich Widerstand gegen die jetzige Testpraxis. Warum, lautet die Frage, werden Reiserückkehrer kostenlos getestet, medizinisches Personal aber nur bei konkretem Verdacht und nicht regelmäßig?

In der Diskussion mit dem Gesundheitsminister wurde dieser Punkt immer wieder vorgetragen. Spahn kündigte an – wie dann auch nach der Videokonferenz der Kanzlerin mit den Ministerpräsidenten am Donnerstag bestätigt wurde –, dass eine Änderung im Testregime ansteht. Die kostenlose Testung von Reiserückkehrern aus Nichtrisikogebieten wird zum 15. September eingestellt. Wie mit Rückkehrern aus Risikogebieten umgegangen wird, ist noch nicht abschließend geklärt.

Ziel dieser Neuorientierung ist nicht, Kosten zu reduzieren, sondern wichtige Gruppen und verletzliche Strukturen wie Schüler und Lehrer, Kita-Kinder und Erzieher sowie Patienten und Personal in Krankenhäusern gezielt zu testen und schützen zu können. Schul- und Kita-Personal wird in Nordrhein-Westfalen regelmäßig getestet, aber das Personal aus Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen noch nicht. Da besteht extremer Handlungsbedarf.

Ich bin mit dem Minister einig, dass wir die begrenzte Ressource Test sinnvoll einsetzen müssen. Gerade wenn ab September die „normale“ Grippe- und Erkältungssaison startet. Wenn ich bedenke, dass wir am Anfang der zweiten Welle stehen, wird mir bei dem Ausblick auf einen „heißen Covid-Herbst“ angst und bange. Um herauszubekommen, ob Menschen mit den typischen Symptomen Covid-19 haben oder „nur“ einen Atemwegsinfekt, müssen wir sie testen.

Wir müssen verantwortungsbewusst handeln in den nächsten Monaten. Das heißt, möglichst nicht zu verreisen, Masken zu tragen und sich nicht in größeren Gruppen aufzuhalten. Wenn wir das nicht tun, wird der Herbst drastisch verlaufen. Auch da waren sich Landarzt und Minister einig.

Licht am Ende des Tunnels wird erst eine gute Impfung gegen Covid-19 bringen. Als Christ und Optimist denke ich, das könnte vielleicht schon in der Adventszeit passieren.

Ihnen, lieber Leser, wünsche ich eine gute und gesunde Woche und natürlich etwas Licht am Ende des Tunnels. Herzlichst – Ihr Landarzt

Dr. Thomas Assmann, 56 Jahre alt und Internist, hat eine Praxis im Bergischen Land. Er schreibt hier alle 14 Tage.

Gar kein Schmerz ist auch keine Lösung

Die meisten Schmerzpatienten würden es sich schnellst wünschen: das Weh, das sie plagt, einfach abschalten zu können. Laut Deutscher Schmerzgesellschaft sind bundesweit etwa 4,4 Millionen Menschen aufgrund langanhaltender Schmerzen körperlich und sozial beeinträchtigt. Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände verkündet auf Nachfrage, dass 2019 rund 53 Millionen verschreibungspflichtiger Analgetika-Packungen über öffentliche Apotheken abgegeben wurden; ihr Umsatz belief sich auf 2,1 Milliarden Euro.

Diesen Millionen von Betroffenen in Deutschland, die chronisch an Schmerzen leiden, und den Hunderten von Millionen, die dieses Schicksal global teilen, stehen schätzungsweise zwischen 200 und 300 Menschen auf allen fünf Kontinenten gegenüber, die aufgrund einer Genmutation keine körperlichen Schmerzen empfinden können. Befasst man sich genauer mit dieser winzigen Gruppe, wird schnell klar: Auch dieser Zustand ist das Gegenteil eines Segens. Denn das Leben der Betroffenen ist in ständiger Gefahr – weil ihnen das Warnsignal fehlt, dass in ihrem Körper etwas Ungutes passiert. Schon als Babys verletzen sie sich unbewusst, zerbeißen sich die Zungen, zerkratzen sich die Augen. Als Kinder müssen sie mühsam lernen, dass es eine schlechte Idee ist, aus fünf Meter Höhe auf Asphalt zu springen oder kochend heißes Wasser zu trinken. Und ein banaler Blinddarm, der sich entzündet, reicht aus, sie dahinzuraffen.

„Hereditäre sensorisch-autonome Neuropathie“, kurz HSAN, nennt sich diese durch eine Genmutation ausgelöste Erkrankung, von der es einige Subtypen gibt. Sie wird vererbt und betrifft das periphere Nervensystem, also jenen

Ein paar hundert Menschen weltweit leben ohne Schmerzempfinden – eine seltene, aber hochgefährliche Erkrankung. Nun ist auch literarisch verarbeitet, was geschieht, wenn die „Traurigkeit des Körpers“ fehlt.

Von Eva Schläfer

Teil des Systems, der außerhalb des Rückenmarks liegt und im Bereich der Arme, Beine und des Rumpfs Impulse überträgt. Was dort bei den HSAN-Patienten nicht stimmt, weiß Professor Ingo Kurth, der das Institut für Humangenetik der Uniklinik Aachen leitet. Grundsätzlich gilt: Schmerz wird durch die Wahrnehmung eines Reizes wie Druck, Hitze oder Kälte, Verätzung oder Entzündung ausgelöst. Spezialisierte Schmerzrezeptoren erkennen die Reize und leiten die Information weiter zum Rückenmark, wo sie verarbeitet und zur bewussten Schmerzwahrnehmung ins Gehirn gesendet werden.

„Genau diese Nervenfasern, die die Schmerzleitung in der Peripherie auslösen, gehen bei den Betroffenen nach und nach zugrunde“, sagt Kurth. Er ist international einer der wenigen Spezialisten zu Erkrankungen, die das Schmerzempfinden löschen. Trotzdem hat er bislang nur rund zehn HSAN-Patienten persönlich getroffen. Für gewöhnlich lernt er nur ihre DNA kennen, die ihm von Kliniken aus der ganzen Welt zugeschickt wird.

Dieses seltenen Erkrankungs-Phänomens bedient sich die Schriftstellerin Valerie Fritsch in ihrem Roman „Herzklappen von Johnson & Johnson“, der auf der Longlist des Deutschen Buchpreises 2020 steht. Fritsch, die in Graz lebt, erzählt darin die Geschichte einer mutmaßlich deutschen oder österreichischen Familie, in der seelischer Schmerz weitervererbt wird. In der vierten Generation erblickt dann schließlich Emil das Licht der Welt, Sohn von Alma und Friedrich, der – ohne dass es so konkret benannt wird – an HSAN, Typ 2 leidet. In eindringlichen Worten beschreibt die Autorin, was die Eltern und vor allem Emil erleben. Zum Bei-

spiel: „So musste Emil immer aufs Neue daran erinnert werden, dass man zu Weihnachten das heiße Backblech mit den Zimtsternen und Husarenkräften nicht mit bloßen Händen aus dem Ofen zog. Dass man, fiel etwas aus Versehen in ein offenes Feuer, nicht die Arme tief hinein in die Flammen streckte, um es zu retten. Dass man sich in neuen Schuhen Blasen und wundete Füße laufen konnte. Dass man den Kopf nicht gegen die Wand schlug, wenn man wütend war, und die Finger nicht so weit zurückbog, dass sie brachen, um andere in den Bann zu ziehen, für einen Applaus oder einen ungläubigen Blick. Dass der Körper Grenzen hatte und ihm eine Zerbrechlichkeit innewohnte, die es zu beschützen galt.“

Der Roman lebt in dem Kapitel, in dem es vorrangig um die Erkrankung geht, von der detaillierten Beschreibung dessen, was das tägliche Leben Kind und Eltern aberlangt. Stündlich besteht die Mutter darauf, dass Emil sein Spiel unterbricht, um sich von ihr auf Schrammen oder andere Blessuren untersuchen zu lassen. Am liebsten wäre es Alma, wenn sie, mit der Gabe von Röntgenaugen versehen, auch in sein Inneres blicken könnte, um verletzte Organe zu erkennen.

Was Alma und Friedrich zudem umtreibt: Wie bringen sie ihrem Sohn bei, ein empathisches Wesen zu werden, wenn er Verwundbarkeit nicht kennt? Und wenn er nicht nachfühlen kann, wie sehr etwas weh tut? Emil blickt Freunde und Verwandte „mal interessiert, mal ratlos, aber immer kühl an“, wenn sie über Schmerzen klagen oder weinen. Bei Balgereien schätzt er seine eigene Stärke falsch ein und schlägt zu hart zu, „denn keine Erfahrung und keine Scheu hielten ihn zurück“. Alma überlegt sich daraufhin Szenarien, deren Auswirkungen

Emil beurteilen muss. Zum Beispiel: „Schmerzt ein Stoß mit dem Ellbogen in die Seite mehr als das Zerren an jemandes Haar?“ Oder: „Ist es gefährlicher, vom Küchenstuhl oder aus dem Wipfel des Apfelbaums zu springen?“

Vor allem aber erklärt die Mutter dem Sohn, dass er sich Schmerzen als „eine Art Traurigkeit des Körpers“ vorstellen muss, „als einen Liebeskummer der Hände, Arme und Beine“. Mit diesem Vergleich kann er etwas anfangen. Denn seelische Pein, Wehmut und Verzweiflung kennt der Junge und kann durch die eine Art des Schmerzes die andere zumindest ansatzweise nachvollziehen.

Eine Möglichkeit, den medizinischen Defekt der Schmerzlosen zu heilen, könnte es laut Fachmann Ingo Kurth ganz optimistisch gedacht in einigen Jahren mittels einer Art Gen-Schere geben. Allerdings müsste eine Behandlung sehr frühzeitig vor dem Absterben der Nervenfasern erfolgen.

Und auch ihren Pendants, den Schmerzpatienten, wird irgendwann möglicherweise geholfen werden. Unter anderem durch die Entschlüsselung der Defekte. Dabei stehen weniger die HSAN-Betroffenen im Blickpunkt, da ihre Nerven degenerieren. Aber es gibt noch weitere, sehr seltene Erkrankungen, die ebenfalls mit einer Schmerzempfindlichkeit einhergehen. Bei ihnen feuert die Nervenzelle nicht richtig, die Nervenfaser hingegen ist erhalten. „Genetische Veränderungen und Moleküle, die es so etwas machen, sind die besseren Ansatzpunkte für eine Schmerztherapie“, erklärt Kurth. „Es ist noch nicht so weit, dass aus den Erkenntnissen ein Medikament entwickelt wurde. Es tut sich aber wirklich wahnsinnig viel, so dass ich eine echte Chance sehe, dass irgendwann ein Mittel für chronische Patienten verfügbar sein wird.“

„Dieser Herbst wird anstrengend für uns“

Der neue Stand der Dinge: Arzt Cihan Çelik über den Anstieg der Patientenzahl und warum vor allem Migranten betroffen sind

Herr Doktor Çelik, wir sprechen regelmäßig über Ihre Arbeit als Funktionsoberarzt auf der Isolierstation für Covid-19-Kranke im Klinikum Darmstadt. Zuletzt haben wir Mitte Juni geredet, als Sie gerade den bis dahin letzten Covid-19-Patienten entlassen hatten. Wie ist jetzt die Lage?

In den vergangenen drei Wochen ist es zu einem Anstieg der positiv getesteten Patienten gekommen. Die Isolierstation ist wieder komplett für Covid-19-Patienten und Verdachtsfälle reserviert, wir sind jetzt wieder so organisiert wie im April und Mai. Im Sommer wurde lange kaum jemand positiv getestet. Jetzt hatten wir in der Spitze wieder neun positiv getestete Patienten auf der Station. Bei dieser Zahl müssen wir langsam ans Expandieren denken, sonst werden wir irgendwann handlungsunfähig.

Besteht die Gefahr, dass bald wieder das ganze Leben im Krankenhaus beeinträchtigt wird?

Darüber haben wir intensiv nachgedacht. Wir wollen maximale Sicherheit für Patienten und Mitarbeiter – und gleichzeitig verantwortungsbewusst mit unseren Ressourcen umgehen. Deshalb haben wir seit dieser Woche die Testkriterien für stationäre Patienten auf Sars-CoV-2 nochmals verschärft. So wollen wir verhindern, dass ein Patient als „U-Boot“ ohne Symptome unerkannt auf einer Station liegt und das Virus verbreitet. Für das Personal gibt es gleich-

zeitig sehr niedrigschwellige Testkriterien. Wenn das Krankenhaus ein Motor wäre, würde der jetzt wieder im gewohnten Drehzahlbereich laufen.

Haben Sie mit Blick auf den Herbst also keine Sorgen?

Der Herbst stellt uns als Lungenstation immer vor größere Herausforderungen, da häufen sich die regulären Atemwegsinfekte auch ohne Covid-19. Ich möchte keinen Alarmismus betreiben. Aber ich weiß, dass dieser Herbst für uns sehr anstrengend werden wird.

Was halten Sie von dem Begriff der zweiten Welle?

Ich finde ihn nicht treffend. Eine Welle spült alles weg. Aber so ist das nicht. Bei dieser Zahl müssen wir langsam ans Expandieren denken, sonst werden wir irgendwann handlungsunfähig.

Was hat sich seit dem Frühjahr verändert?

Wir sind selbstsicherer im Umgang mit Covid-19. Erstens wissen wir, wie wir uns vor einer Ansteckung schützen können. In unserem Team der Isolierstation wurde noch niemand positiv getestet. Daher verfolgen wir die Diskussion über die Sinnhaftigkeit von Masken mit Kopfschütteln. Zweitens können wir die Patienten besser behandeln. Wir haben mit Dexamethason ein Medikament, das dabei hilft, dass Verläufe nicht mehr so

schwer sind und sich Patienten schneller erholen. Das verhindert ein Überschießen des Immunsystems, was zuvor bei vielen Covid-19-Patienten zu gefährlichen Situationen geführt hat.

Gibt es konkrete Punkte, die bei der Behandlung anders gemacht werden? Seit Mai haben sich die Grundsätze nicht groß verändert. Die größte Veränderung war vorher, dass man Patienten nicht mehr so früh intubiert hat, weil sich das nachteilig ausgewirkt hat. Da sind wir mittlerweile sehr zurückhaltend. Dafür schauen wir stärker auf die anderen Organsysteme, die von der Erkrankung betroffen sind. Und wir behandeln sehr früh bakterielle Infekte, die sich auf die virale Entzündung draufsetzen.

Was für Patienten sind aktuell da? Momentan haben alle neuen Patienten einen Migrationshintergrund. Ich spreche das an, weil es mir Sorgen bereitet. Es könnte zu Mythen, Missverständnissen und Vorurteilen führen, wenn man dem nicht frühzeitig entgegentritt. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass bestimmte Ethnien biologisch anfälliger für die Krankheit wären. In der Geschichte gibt es leider viele Beispiele dafür, dass Krankheiten zu einer Stigmatisierung von Minderheiten geführt haben. Im Moment fühlt sich von Covid-19 noch so ziemlich jeder bedroht. Aber wenn die Krankheit irgendwann vor allem unter Minderheiten wütet, habe ich die Sorge, dass auch sie ein Stigma werden könnte.

Woran liegt es, dass viele Migranten betroffen sind?

Ich rede viel mit meinen Patienten. Außer dem Migrationshintergrund haben viele eins gemeinsam: dass sie aus sozio-ökonomisch schwachen Verhältnissen kommen. Die wenigsten sind Reiserückkehrer, die meisten haben sich angesteckt, weil sie in prekären Verhältnissen arbeiten oder in kleinen Wohnungen mit vielen anderen zusammenleben. Die



Foto: privat

Sprache ist außerdem ein großes Problem: Viele sind nicht auf dem Laufenden, was den Rat der Behörden angeht.

Haben Sie noch Kontakt zu Covid-19-Patienten, die Sie im Frühjahr behandelt haben?

Ja. Viele beschreiben ein anhaltendes, deutliches Abfallen der Leistungsfähigkeit. Das betrifft jüngere und ältere Patienten gleichermaßen. Es ist aber noch zu früh, um abschätzen zu können, wie langanhaltend diese Spätfolgen sind. Auch eine normale schwere Lungenentzündung kann einen Betroffenen mehrere Monate einschränken. Was mir Sorge bereitet, ist die erste bestätigte Re-Infektion von einem Patienten viereinhalb Monate nach der ersten Erkrankung. Ein Einzelfall, aber ein weiteres Zeichen, dass die Immunität nach einer Erkrankung doch nicht so lange anhält. Das hätte große Auswirkungen auf unsere Arbeit. Die Pandemie hätte eine ganz andere Dynamik, wenn auch durch Impfung und Durchsuchung keine Herdenimmunität erreichbar wäre.

Konnten Sie und Ihr Team sich in den vergangenen Wochen erholen?

Die meisten Kollegen hatten ihre Urlaubskonten vor dem Sommer noch gar nicht angetastet. Jetzt konnten wir die Akkus etwas aufladen. Die Kraft werden wir im Herbst brauchen.

Die Fragen stellte Sebastian Eder.

Mehr Interviews auf FAZ.NET/covid-arzt.de.