

Expertise goes viral

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Vor fast genau einem Jahr, am 25. 2. 2020, wurde in Österreich der erste Coronafall nachgewiesen. Mittlerweile wurde bei knapp 430.000 Österreicher*innen die Infektion diagnostiziert. Rund 34.000 COVID-Patient*innen waren bis Ende Dezember hospitalisiert. Davon wurden 4.800 Menschen intensivpflichtig: Das ergab 46.000 Intensivpflegebetten in 10 Monaten. Circa 40 % der intensivpflichtigen COVID-Patient*innen sind unter 65 Jahre alt.

Hunderttausende Menschen sind erkrankt – viele nicht spitalspflichtig, aber dennoch heftig. Rund 10 %, also etwa 40.000 Patient*innen, litten über Wochen oder Monate an Leistungseinschränkungen, Müdigkeit, Kurzatmigkeit – unabhängig von Alter und Vorerkrankungen. Rund 8.000 Menschen sind bisher im Gefolge der Infektion gestorben. Daten zu Aufnahmen und Aufhalten an Rehaeinrichtungen sind mir derzeit nicht zugänglich.

Dazu kommen die massiven sozialen, psychologischen und wirtschaftlichen Folgen der Pandemie sowie der Maßnahmen zur Eingrenzung. Bei einem Blick über die Grenzen des Kontinents hinaus wird uns angst und bang.

Wir leben mit einer globalen Dauerbedrohung – gesundheitlicher und psychosozio-ökonomischer Natur. Niemand weiß genau, wie damit umzugehen ist. In dieser Situation kollektiver Unsicherheit haben Spezialist*innen für die betroffenen Wissensfelder hohe Wichtigkeit, denn die Politik braucht Entscheidungsgrundlagen, die es zum Teil noch gar nicht gibt, die durch das Sammeln, Zusammenführen und Bewerten von verfügbarem und sich entwickelndem Wissen simultan erzeugt werden müssen. In Krisen muss entschieden werden – mit dem, was da ist. Das geht nicht

ohne Expertinnen und Experten sowie deren Wissen.

Nicht nur die Politik ist folgerichtig eng mit Fachexpertinnen und -experten zusammengerückt, sondern es ist auch die Öffentlichkeit, die es nach Auf- und Erklärung verlangt. Expertinnen und Experten haben hohe mediale Präsenz – auch das ist sinnvoll. Einschätzungen von Expertinnen und Experten haben Einfluss auf Entscheidungen und auf das Verhalten von Menschen und Massen. Und hier kann es problematisch werden. Expertinnen und Experten werden aufgrund der Expertise gehört, die sie kraft ihrer wissenschaftlichen Beschäftigung mit ihrem speziellen Thema gewonnen haben – aber es wird meist der Eigenverantwortung überlassen ob man sich auch darauf beschränkt, oder aber eine eigene Agenda verfolgt.

Im Code of Ethics der American Medical Association heißt es aus guten Gründen: „Physicians making media statements should ensure that the information they provide is [...] commensurate with their medical expertise and confined to their area of expertise [...]“¹

Öffentliches Interesse an der eigenen Person hat unleugbar Reiz, doch müssen wir uns immer mit der eigenen Rolle als Expertin/Experte und der damit verbundenen Verantwortung auseinandersetzen.

Die Anerkennung der Allgemein- und Familienmedizin als spezielles Fach mit spezifischer Kompetenz bringt es mit sich, dass auch Allgemeinärztinnen und -ärzte öffentlich den Status der Expertin/des Experten gewinnen. Dass sie nicht (nur) als „guter alter Hausarzt/gute alte Hausärztin“ befragt werden, der/die zu allerlei dies und das zu sagen hat, sondern Expertinnen und Experten für hausärztliche Primärversorgung sind. Diese wurde, wie so vieles, im Rahmen der Pandemie als das sichtbar,



© Klaus Fanger

Susanne Rabady, Ärztin für Allgemeinmedizin, Windigsteig

was sie eigentlich eh schon lange war beziehungsweise sein müsste.

Nun werden wir gefragt und gehört und müssen darüber nachdenken, warum, wozu und wie wir Rede und Antwort stehen – und wo die Grenzen unserer Fachkompetenz sind.

Eine gute Basis scheint mir das Konzept für die hausärztliche Primärversorgung in Zeiten der Pandemie, das die ÖGAM schon im Sommer ausgearbeitet hat. Einiges konnte erreicht und umgesetzt werden, anderes ist unverändert gültig.² Die allgemeinmedizinische/hausärztliche Expertise betrifft aber nicht nur die Organisation Primärversorgung, sondern auch die Vermittlung von Erfahrungen und Systemkenntnissen aus der Praxis an die Entscheidungsträger und die Mitwirkung an der Entwicklung von strukturellen Voraussetzungen, um diese Rolle der hausärztlichen Primärversorgung innerhalb des Gesundheitssystems erfüllen zu können – mit und ohne Pandemie.

Möge das Werk gelingen!

Susanne Rabady

Literatur:


1 Pizzo PA, Spiegel D, Mello MM, When Physicians Engage in Practices That Threaten the Nation's Health. JAMA. Published online February 04, 2021. DOI:10.1001/jama.2021.0122

2 <https://oegam.at/artikel/konzept-fuer-hausaerztliche-primarversorgung>

COVID-19 – über die oft schwierige Rückkehr in Alltag und Sport

COVID-19 ist keine reine Lungenerkrankung, COVID-19 ist nicht harmlos: Über 10 % aller Erkrankten erleben protrahierte Krankheitsverläufe mit Symptompersistenz von > 4 Wochen. Viele dieser Personen erholen sich langsam, aber spontan, ein Drittel berichtet von mehr als 1 Symptom. Ein holistischer Ansatz, ausreichend Erholungszeit, symptomatische Behandlung und ein vorsichtiges Steigern der Belastung am Weg zurück in den Alltag sind mitunter ebenso wesentlich wie der Ausschluss relevanter bzw. lebensbedrohlicher Spätfolgen. Indikationen für eine weitere Abklärung sind klinische Auffälligkeiten in Kombination mit Atem- und/oder Herzbeschwerden oder neurologische Symptome, die neu aufgetreten, persistierend oder gar fortschreitend sind.

Wir wissen nicht, welches Organsystem durch die Erkrankung führend betroffen war, die Art der Spätfolgen ist vielfältig.

Symptome der prolongierten COVID-19 und des Post-COVID-Syndroms	Übersicht über Spätfolgen: www.kl.ac.at/coronavirus/spaetfolgen
	
Müdigkeit, Fatigue	plötzliche Schwindelattacken
Atemnot	persistierende Rhinitis
Brustschmerzen oder Brustenge	verminderter Appetit, Durchfall
Husten	Schwitzen und (sub)febrile Temperaturen
Muskel- und Gliederschmerzen	Haarausfall, Sicca-Symptomatik
Persistierender Geruchsverlust	Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
Kopfschmerzen	Palpitationen und Tachykardiegefühl
Schlafstörungen, depressive Stimmung bzw. Depression, posttraumatische Belastungsstörungen bei schweren Verläufen	

- **„acute COVID-19“:** Befunde und Symptome der COVID-19-Erkrankung bis zu 4 Wochen
- **„ongoing symptomatic COVID-19“:** 4-12 Wochen
- **„post-COVID-19 syndrome“:** Befunde und Symptome, die während oder nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 entstehen und zu den bei COVID-19 beobachteten Symptomen passen, mehr als 12 Wochen bestehen und bei denen keine andere erkennbare Ursache vorliegt

„signs and symptoms that develop during or after an infection consistent with COVID-19, continue for more than 12 weeks and are not explained by an alternative diagnosis“ – Nice Guidelines¹

Schlüsselbotschaften

- Das Auftreten eines Post-COVID-Syndroms ist unabhängig vom initialen Krankheitsverlauf, allerdings werden die Faktoren Verlaufsschwere, Alter, BMI und weibliches Geschlecht als Risikofaktoren für einen prolongierten Krankheitsverlauf angenommen.²
- Die Symptome können auch erst nach Wochen auftreten oder plötzliche Änderungen erfahren!
- Wenn es im Rahmen des initialen Krankheitsverlaufes Hinweise auf eine kardiorespiratorische Beteiligung gab, ist vor einer Belastung ggf. eine weitere Abklärung notwendig.
 - Gab es Hinweise auf eine kardiale Beteiligung während der akuten Erkrankungsphase? (klinisch wie laborchemisch – hs TropT, CK, CK-MB, proBNP u. Ä.)
 - Gab es Hinweise auf eine PAE/ein thrombembolisches Geschehen (CT, D-Dimere)? Erfolgte eine andere Bildgebung der Lunge? Wenn nein: Bei persistierenden Atemprob-

lemen nach einer COVID-Erkrankung empfiehlt sich die Abklärung mit Hilfe einer HR-CT (Fibrosierungen) oder CT-Pulmonalisangiografie (kann zusätzlich abgelauene Pulmonalembolien aufdecken).

- **Generell ist die Durchführung eines Labors abhängig von der Schwere des Verlaufs der akuten Erkrankung und abhängig von der (neu aufgetretenen) klinischen Symptomatik.³**
- Für Patient*innen ohne prolongierte Symptomatik und mit unkompliziertem Verlauf sollte eine klinische Evaluation stattfinden, um zuvor ggf. unbemerkte Komplikationen auszuschließen, und anhand dieses Assessments über eine weitere Diagnostik entschieden werden – in einigen Fällen wird eine weiterführende Diagnostik nicht notwendig sein.
- Für Patient*innen, die einen schwereren Verlauf mit Organbeteiligungen gehabt haben oder die unerklärlich persistierende oder neu auftretende Symptome erleben, sind folgende **Laborparameter** indiziert:
 - Blutbild + Differenzialblutbild, CRP, Ferritin

- Elektrolyte, BUN, Serumkreatinin
- Leberfunktion inklusive Albumin
- zusätzlich:
 - CK (CK-MB), BNP und Troponin bei stattgehabten kardialen Komplikationen oder v. a. (virale) Myokarditis
 - D-Dimere bei persistierender oder neu aufgetretener Dyspnoe, v. a. wenn der Verdacht auf ein thromboembolisches Geschehen im Raum steht (unter Berücksichtigung der bekannten Tatsache, dass ggf. eine weitere Abklärung notwendig sein wird, da eine unspezifische bzw. grenzwertige Erhöhung als Momentaufnahme schwierig zu interpretieren sein kann)
 - erweiterte Abklärung bei Arthralgien, Myalgien oder anderen rheumatischen Beschwerden (u. a. CK, ANA)
- bei unspezifischer Symptomatik wie Nervosität, Schwäche und Müdigkeit zusätzlich:
 - Schilddrüsenparameter (postvirale Thyreoiditis)
 - Blutzucker – selten, aber doch ist eine endokrine Pankreasinsuffizienz durch direkte Schädigung der Pankreasinseln beschrieben!
- mögliche ergänzende klinische und diagnostische Untersuchungen:
 - EKG – weiterführend dann ggf. Echokardiografie, (Spiro-) Ergometrie, MR
 - SpO₂ – Pulsoxymetrie in Ruhe und nach kurzer Belastung (z. B. 6 Minuten, Walktest)
- ergänzende Blutdruckmessungen
- Neurostatus
- Liegend-Stehend-Blutdruckmessung inkl. Herzfrequenz (z. B. 3 Minuten Aktiver-Stand-Test bei v. a. orthostatischen Schwindel/Präsynkope)
- persistierende Diarrhö: antibiotische Behandlung während der akuten Erkrankung? – z. B. Clostridium difficile – Enterokolitis?
- Gewicht + Ernährungs-evaluation – Gewichtsverlust bzw. Malnutrition/Sarkopenie?
- ggf. kognitives Assessment veranlassen

Wie so oft in der alltäglichen Allgemeinmedizin gilt auch für diese Problematik: Wichtig ist vor allem das Ernstnehmen der Patient*innen, wenn sie Symptome schildern, selbst wenn unmittelbar kein organisches Korrelat gefunden werden kann, und die sorgfältige Aufklärung der Patient*innen über die Problematik und auch die Möglichkeit neu auftretender, sich plötzlich ändernder oder verschlechternder Symptome⁴; entsprechend der bestehenden Klinik muss das weitere Prozedere mit den Betroffenen



Dr. Maria Wendler
Ärztin für Allgemeinmedizin, Graz

© Archiv

vereinbart werden. Wichtig hierbei ist: Es bedarf Ruhe und Zeit, ein überhastetes „zu viel Wollen“ bringt keinen Benefit.

Auch bei der Rückkehr in den Sport/die Belastung (bei jedem – auch nach unkompliziertem – Verlauf) sind folgende Dinge wichtig, zu beachten:⁵⁻⁶

- **Schätzen Sie das Risiko der Patient*innen ein, bevor Sie zu einer Rückkehr zum Sport raten:** Patient*innen mit persistierenden Symptomen, die eine schwere COVID-19-Erkrankung durchgemacht haben oder deren Krankheitsverlauf eine potenzielle kardiale Beteiligung vermuten lässt, gehören zuerst genauer abgeklärt.⁷
- **Die Rückkehr zum Sport sollte frühestens 7 Tage nach Symptomfreiheit angestrebt werden** und über 2 Wochen mit minimaler Belastung stattfinden, die weitere Belastungssteigerung sollte auch in ausreichend großen Intervallen (zumindest wöchentlich) erfolgen.
- **Selbstmonitoring** (z. B. **Borg-RPE-Skala** oder **Borg-CR10-Skala**⁸ für Laien) und klare Vereinbarungen, wann sofort medizinischer Rat gesucht werden sollte, sind notwendig.

Review: ÖGAM-News Redaktionsteam – Dr. Reingard Glehr, Dr. Gustav Kamenski, Dr. Susanne Rabady

Literatur:

- 1 www.nice.org.uk/guidance/NG188
- 2 Attributes and predictors of Long-COVID: analysis of COVID cases and their symptoms collected by the Covid Symptoms Study App www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.19.20214494v1
- 3 Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Evaluation and management of adults following acute viral illness www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-evaluation-and-management-of-adults-following-acute-viral-illness?search=coronavirus-disease-2019...V2RFcWVzTXIvVFBIWVZlV2RlYyYlFWUWJlUUtZlFocGdtIn0%3D&source=search_result&selectedTitle=4-150&usage_type=default&display_rank=4
- 4 Goertz Y et al., Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: the post-COVID-19 syndrome? ERJ Open Research Oct 2020, 6 (4) 00542-2020; DOI: 10.1183/23120541.00542-2020 <https://openres.ersjournals.com/content/6/4/00542-2020.abstract>
- 5 BMJ-Practice Pointer - return to Sports after Covid-19 www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.m4721.full.pdf
- 6 Sport nach COVID-19: Worauf Sie nach überstandener Krankheit achten sollten <https://sportmedizin.or.at/sport-nach-covid-19.html>
- 7 BMJ - Long COVID in Primary Care https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3026?ikey=b386b2019cd4c61a96fe089ab26f2f16fa027ed7&keytype2=tf_ipscsha
- 8 Deutsche Versionen: <https://flexikon.doccheck.com/de/Borg-Skala>

Erfahrung aus der Praxis – Return to Sport nach COVID-19

Die Wiederaufnahme eines körperlichen Trainings nach einer durchgemachten COVID-19-Erkrankung ist bei leistungsorientierten Sportler*innen genauso wie bei Menschen, welche Sport als präventive Maßnahme betreiben, eine häufige Fragestellung in der allgemeinmedizinischen Praxis.

Einerseits ist es angenehm, wenn man fundierte Antworten geben kann, andererseits sieht man auch bei diesem Thema die so häufige Diskrepanz zwischen Konsensuspapier und Praxis. Durchführbarkeit und Verfügbarkeit von diagnostischen Möglichkeiten sind die klassischen limitierenden Faktoren, möchte man Empfehlungen von Expertinnen und Experten umsetzen: So hat es im Mai 2020 ein erstes Konsensuspapier (Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin¹) gegeben, Mitte Dezember 2020 haben die sportmedizinischen Institute Wien, Salzburg und Innsbruck ein aktualisiertes Paper zur Fragestellung „Return to Sports after COVID-19 im (Hoch)Leistungssport“ herausgebracht.² Es liefert eine gute Übersicht, scheint aber in den zeitlichen Vorgaben die große Zahl der prolongierten Verläufe und Long-COVID-Verläufe nicht ausreichend zu berücksichtigen (Dauer der Sportpause: bis Ende der Quarantäne ODER bis zu völliger Genesung).

Für die hausärztliche Praxis zusammengefasst bleibt zu sagen: Die Empfehlungen zur Rückkehr in Alltag und Sport richten sich nach dem Schweregrad der stattgehabten Erkrankung sowie nach dem evtl. Organbefall.³ COVID-19-positiver Test und

- **asymptomatisch oder leichte Symptome, die nicht über Symptome des**

oberen Respirationstraktes hinausgehen: während der Dauer der Quarantäne kein Training, sondern „nur bewegen/ganz moderates Training“ (moderat hieße z. B. max. eine Intensität im Bereich der GA 1 (Grundlagenausdauer), im Alltag bedeutet dies Spazieren, Aktivitäten des täglichen Lebens und Belastungen im aeroben Trainingsbereich < 60–70 % Pulsfrequenz (weniger als 15 min).

- **Husten, bronchitische Symptome, Fieber:** ab Symptomende (= Fieberfreiheit) 14 Tage nur moderates Training (s. o.), dann idealerweise klinisches Assessment und weiterführende Diagnostik inkl. Ruhe- und Belastungs-EKG sowie Spirometrie, alsdann langsamer Trainingsaufbau
- **Pneumonie:** dieselben Empfehlungen, zusätzlich wäre eine Spiroergometrie sinnvoll (Fragestellung u. a. Atemäquivalente für O₂), Trainingsaufbau noch vorsichtiger (4 Wochen keine sportliche Belastung, nur GA 1), Selbstkontrolle von Herzfrequenz in Ruhe und unter definierten Belastungen
- **v. a. Mitbeteiligung des Herzens im Sinne einer Myokarditis:** kein Training für mindestens 3 Monate, Echokardiografie bzw. idealerweise Herz-MRT, Begutachtung durch Fachärztinnen und -ärzte für Kardiologie. Höhergradige Rhythmusstörungen, Herzinsuffizienz bzw. plötzlicher Herztod werden hier gefürchtet, deswegen gibt es eigene Myokarditleitlinien.⁴

Moderates Training stellt einen wichtigen Teil der (pneumologischen) Reha dar und verhindert eine verstärkte Dekonditionie-



Dr. Ronald Ecker

Arzt für Allgemein- und Sportmedizin,
Marchtrenk, www.roneck-sportmed.at

rung, die präventiven Argumente eines körperlichen Trainings sind unbestritten. Bei COVID-19, prolongierter Symptomatik oder „long-COVID“ bedarf es aber bei der Fragestellung nach Belastbarkeit und Rückkehr in Alltag und Sport sehr **rasch einer kontinuierlichen und sorgfältigen Begleitung**, um eine möglichst gefahrlose Rückkehr zur vorbestehenden Leistungsfähigkeit zu erreichen. Bei Verdacht auf Myokarditis muss eine sorgfältige Abklärung erfolgen, und es müssen entsprechende Leitlinien für Belastung und Sport eingehalten werden.

Review: ÖGAM-News Redaktionsteam – Dr. Reingard Glehr, Dr. Gustav Kamenski, Dr. Susanne Rabady

Literatur:

- 1 Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin – Positionspapier return to Sport: <https://www.zeitschrift-sportmedizin.de/positionspapier-return-to-sport-waehrend-der-aktuellen-coronavirus-pandemie-sars-cov-2-covid-19/>
- 2 Return to Sports im (Hoch)Leistungssport nach Covid-19 <https://sportmedizin.or.at/sport-nach-covid-19.html>
- 3 Return to play - <https://sportaerztezeitung.com/rubriken/training/1050/covid-19-und-return-to-play/> und <https://bjsm.bmj.com/content/54/19/1174.full>
- 4 Recommendations for participation in competitive and leisure time sport in athletes with cardiomyopathies, myocarditis, and pericarditis: position statement of the Sport Cardiology Section of the European Association of Preventive Cardiology [EAPC] - <https://academic.oup.com/eurheartj/article/40/1/19/5248228>