

Die Pandemie und das Ende-nie

Eine kleine Zusammenfassung seit Jahresbeginn: COVID-19 wurde zur gesellschaftlichen Routine, vermeintlich „harmlos“, aber zweifelsohne Teil unseres täglichen Lebens und der kommenden und gehenden Infektwellen.



Dr.ⁱⁿ Maria Wendler

Ärztin für Allgemeinmedizin, Graz

Der Winter mit Doppel- und Tripleinfektionen von SARS-CoV-2, Influenza und RSV liegt bereits hinter uns; alles, was jetzt kommt, kann ja nicht mehr so arg sein. Vielerorts schlossen die großen Impfstraßen, das Impfen wurde Routine, die Nachfrage sinkt. Auf ORF.at finden sich erste Berichte über PCR-Tests in Apotheken als Ladenhüter, trotz nach wie vor bestehender Meldepflicht – es kümmert einfach wenig, seit die Quarantäne „eh“ in eine Verkehrsbeschränkung umgewandelt wurde. Millionen Impfdosen in Österreich laufen irgendwann zwischen jetzt und Juni ab, und ganz gebannt warteten alle Menschen und die Medien auf die endgültige Meldung „Maske ab“, lustigerweise, um zwischen-durch gleich noch medial zu diskutieren, ob „Maske oben“ wieder ein Verstoß gegen das Vermummungsgesetz sei – ein weiterer Beitrag zur medialen Inkongruenz und damit zur Verunsicherung der Bevölkerung. Im Hintergrund lehnt die EMA die Zulassung von Molnupiravir mangels ausreichend guter Wirksamkeitsdaten ab, der eine oder andere Impfstoff wird für Booster-Impfungen zugelassen oder aber die Lagerungsfähigkeit diverser Impfstoffe verlängert. Auf der Seite des ECDC stehen 4 Omikron-Varianten als „variants of concern“ einer Liste von 54 „de-escalated variants“ gegenüber (Liste vom 23. März 2023). Klar gibt es nach drei Jahren Pandemie auch in Österreich systemische „lessons learned“ (or not) und eine Awareness für diverse Berufsgruppen und ihre Probleme im Gesundheitssystem hat sich entwi-

ckelt (vom Mangel in der 24-h-Betreuung über den Mangel diverser Gesundheitsberufe bis hin zu den Problemen in der Allgemeinmedizin). Schlagwörter wie „Sicherung der Bevölkerungsversorgung“ oder „Stärkung der Primärversorgung“ sind nicht mehr nur leise Äußerungen gegenüber der Politik, sondern wurden zu lautstarken Postulaten derselben.

Als ÖGAM interessieren uns diese Entwicklungen – aus systemischer wie eigenberuflicher Sicht. Doch wie sehr interessieren sich unsere Kolleg:innen in der Niederlassung dafür? Wie sehr können sie sich dafür interessieren? Für viele von uns wurde aus der Pandemie bereits ein „Ende-nie“. Jede:r von uns erträgt das auf eigene Weise. Der Mangel an Pflegekräften und Personal (auch im Bereich der hausärztlichen PV) lässt viele glauben, dass wir ungebremst auf eine Wand zu fahren und, wenn wir bremsen, erst dahinter zu stehen kommen. Zuviel Zeit, sich darüber Gedanken zu machen, bietet aber der arbeitsreiche Alltag auch nicht. Ein bisschen Hoffnung wurde geweckt, als Anfang März eine Pressekonferenz mit maßgeblichen

Neuigkeiten für die Primärversorgung angekündigt wurde. Die Aufstockung der Primärversorgungseinheiten auf das Dreifache und dafür das Budget von € 100 Mio. hat positiven Klang. Geht man jedoch davon aus, dass diese Erhöhung an PVE grob überschlagen dann in etwa 12–15 % der Gesamtbevölkerung versorgen könnte und im restlichen System, wenn es so bleibt, wie es ist, die Probleme trotzdem dieselben bleiben, erscheint diese Meldung leider als wenig „revolutionär“ – selbst wenn ein paar Ideen der Novelle zum Primärversorgungsgesetz durchaus Potenzial bieten. Sie könnten die Attraktivität für junge Allgemeinmediziner:innen steigern und auch die Gründung von PVE tatsächlich erleichtern. Die Diskussionen und Konzeptentwicklungen zur Rettung der Gesamtsituation werden so aber „Ende-nie“ weiterlaufen müssen.

Bei der Klausurtagung in St. Gilgen Anfang März hat die ÖGAM sich daher intensiv Gedanken dazu gemacht, wie man eine sanfte Systemänderung erreichen könnte, um letzten Endes eine „Primärversorgung für alle“ im solidarischen System zu erreichen – die endgültige Lösung zu dieser „Ende-nie“-Diskussion haben wir nicht gefunden, jedoch konstruktiv Ideen dazu entwickelt. Denn zumindest nach den letzten drei Jahren und mit einer sich rasch zuspitzenden Verschlechterung der Versorgung im Gesundheitssystem braucht es hier bald einen Wechsel von „Ende-nie“ auf „Ende-doch“. Wir hoffen, bald auch konkret davon berichten zu können. ■

COVID-19 und die Rückkehr in Alltag und Sport – ein Update

Nach COVID-19 erleben nach wie vor manche Betroffene eine deutliche Einschränkung ihrer Belastbarkeit – unabhängig der Verlaufsschwere und der Variante –, auch bei Omikron-Infektion mit milden Symptomen. Diese Einschränkungen dauern trotz „mildem Schnupfen“ manchmal ein paar Tage, manchmal ein paar Wochen, und plötzlich sind es Monate.

Subjektiv oft relevant für die Beeinträchtigung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit sind hierbei im Alltag neben Konzentrationsstörungen und rascher kognitiver Erschöpfung vor allem die zum Teil sehr ausgeprägten Symptome eines POTS und/oder PEM/PESE.

- **POTS:** posturales orthostatisches Tachykardiesyndrom im Rahmen einer autonomen Dysfunktion
- **PEM/PESE:** „post-exertional malaise“/„post-exertional symptom exacerbation“ (Verschlechterung/Rückfall in die vorbestehende Symptomatik bei Überschreiten der Belastungsgrenzen)

Mittlerweile ist über den Umgang mit diesen Symptomen und über die Rückkehr in den Alltag und auch in den Sport nach COVID-19 mehr bekannt als vor 2 Jahren. Für eine grobe Einschätzung der subjektiven Einschränkung der Belastbarkeit hilft die Post-COVID-Functional-Status-Scale (hier in der Darstellung aus der S1-Leitlinie Long-COVID).



In der Leitlinie finden sich auch weitere Hinweise zur ergänzenden Anamnese, Diagnostik und Behandlungspfade. Ein Update dieser Leitlinie ist aufgrund des Wissenszuwachses in Arbeit.

Im allgemeinmedizinischen Alltag ist die genaue Anamnese und Basisdiagnostik für die eingeschränkte Belastungsfähigkeit wichtig – besteht z. B. ein POTS (oder auch autonome Dysfunktion im Sinne einer orthostatischen Hypotonie) – und klinisch einfach feststellbar durch einen Shellong-Test:



Dr.ⁱⁿ Maria Wendler
 Ärztin für Allgemeinmedizin, Graz

Ohne PEM/PESE bedarf es neben einfachen Coping-Strategien eines gezielten Ausdauertrainings mit zunehmender Belastungssteigerung. Besteht jedoch auch PEM/PESE, muss auf die Belastungsgrenzen Rücksicht genommen und ein gezieltes, symptomabhängiges Pacing gemacht werden, um Rückfälle in eine ausgeprägtere Symptomatik nachhaltig zu vermeiden.

Geht es um die Rückkehr in den Sport bzw. körperliche Belastung, so gelten mehrere einfache „Faustregeln“: Einerseits ist die Schwere der Erkrankung für das Risiko- ▶

Tab.: Gegenmaßnahmen POTS und orthostatische Hypotonie

salzreiche Kost (zum. 8–10 g/d) und ausreichende Flüssigkeitszufuhr (3 Liter) – unter Rücksichtnahme von Kontraindikationen (Hypertonie)

Gegenmanöver (vorbereiten auf das Aufstehen mit Bewegung und bewusster Anspannung, bei Symptomatik in die Hocke gehen, Beine überkreuzen und Gesäß anspannen, ein Bein hochstellen, isometrischer Faustschluss) bis hin zur Kompressionstherapie (Stützstrümpfe Oberschenkel/Stützstrumpfhosen/Bauchbandage)

Grundlagenausdauertraining

Vermeiden von Alkohol, hohen Temperaturen/Sauna, kohlenhydratreichen Mahlzeiten

bei orthostatischer Hypotonie: ggf. auch schlafen mit etwas erhöhtem Oberkörper

ko von Folgeproblemen, Leistungseinschränkungen und Organschäden relevant. Die österreichischen sportmedizinischen Universitäts- und Landesinstitute von Wien, Salzburg und Innsbruck (ÖGSMP) entscheiden in ihrem Konsensus-Statement hier nach wie vor sehr pragmatisch zwischen asymptomatischen Infektionen, milden Infektionen mit Symptomen lediglich „oberhalb des Schlüsselbeines“ und moderaten und schweren Verläufen und geben dazu kurze Handlungsempfehlungen ab, wann ggf. eine sportmedizinische Untersuchung vor Rückkehr in den (Hoch-)Leistungssport gemacht werden sollte.



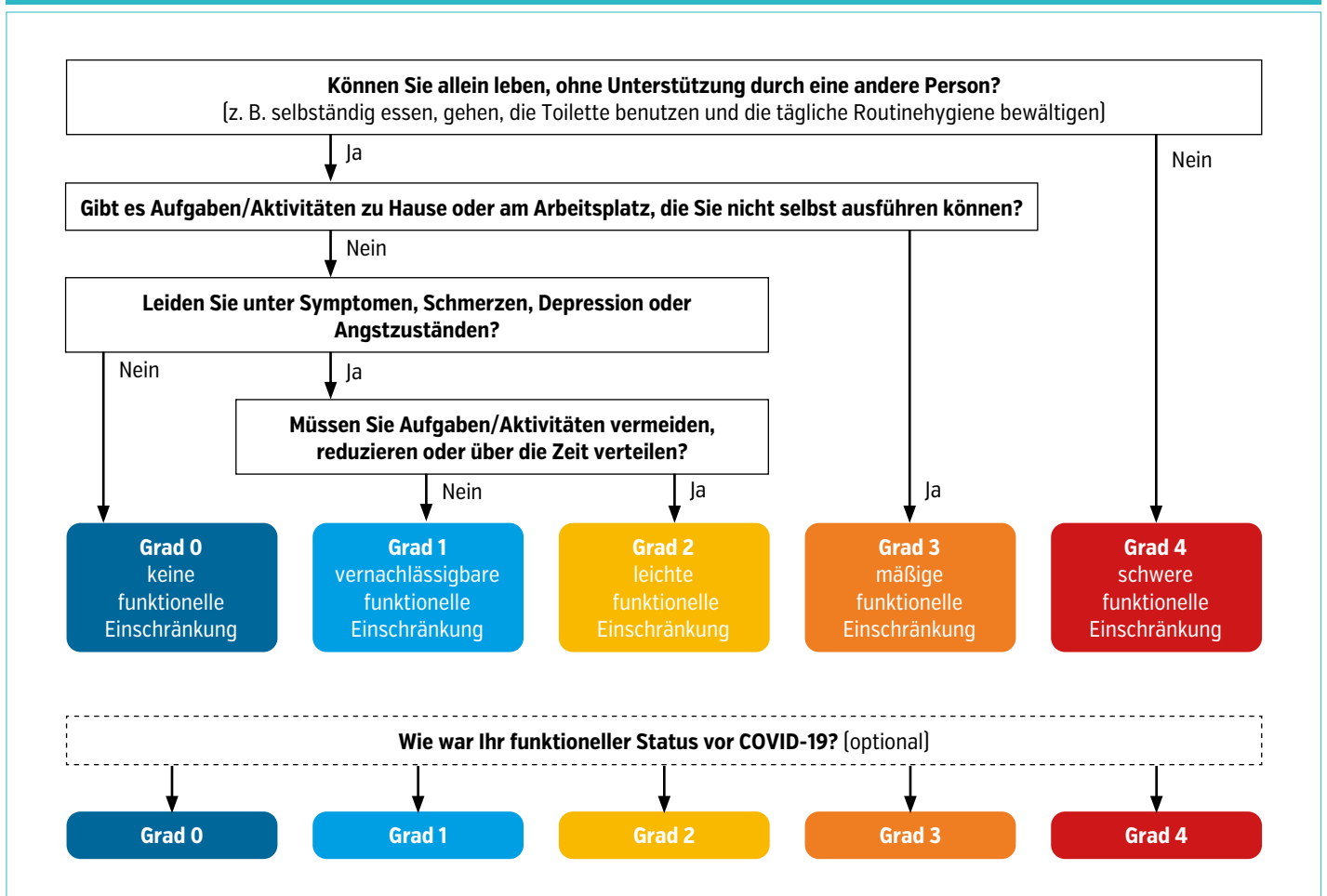
Diese Faustregel ist jedoch auch sehr gut für die Rückkehr in den Sport im Allgemeinen anwendbar: Je schwerer der Krankheitsverlauf, desto vorsichtiger ist die Rückkehr zum Sport zu gestalten.

Selbst bei einer asymptomatischen Infektion sollte eine Trainingspause von etwa 3 Tagen eingehalten werden,

individuell sind deutlich reduzierte Belastungen möglich, bei unauffälligem Verlauf und weiter bestehender Symptomfreiheit kann dann nach ca. 7–10 Tagen mit einem wenig intensiven bis moderaten Training begonnen werden. Bei symptomatischer Erkrankung gilt zumindest 3 Tage Symptomfreiheit und eine symptomfreie Bewältigung normaler Alltagstätigkeiten und einer Spazierstrecke von 500 m in der Ebene als Ausgangspunkt für den Trainingsbeginn. Sowohl nach dem deutschen Experten-Konsensus als auch dem Konsensus der ÖGSMP ist hier eine medizinische Freigabe bzw. Untersuchung nicht zwingend notwendig – bei Auffälligkeiten aber sofort eine medizinische Diagnostik zu empfehlen.

Ab Erkrankungen mit moderaten Symptomen sollte im Leistungssport dann eine medizinische Freigabe vor Trainingsbeginn erfolgen – die Untersuchung dazu sollte aber erst bei völliger Beschwerdefreiheit, frühestens nach 3 symptomfreien Tagen erfolgen. Das weitere Training ist individuell zu gestalten und hat eventuell bestehende Symptome zu berücksichtigen. Auf jeden Fall sollte eine Steigerung der Trainingsintensität weiter schrittweise stattfinden (Intensitätssteigerung frühestens nach 1 Woche). Vor allem bei bestehender kardialer Symptomatik soll sofort eine weitere diagnostische Abklärung zum Aus-

Abb.:



schluss einer Organschädigung/myokardialen Beteiligung bei COVID-19 erfolgen.

Weitere Quellen bzw. Literatur: • Scharhag J, Niebauer J, Schobersberger W. „Return to Sports“ im [Hoch-]Leistungssport nach COVID-19, Konsensus der sportmedizinischen Uni-

versitäts- und Landesinstitute Wien, Salzburg und Innsbruck. • Hughes DC, Orchard JW, Partridge EM, La Gerche A, Broderick C. Return to exercise post-COVID-19 infection: A pragmatic approach in mid-2022. J Sci Med Sport. 2022;25(7):544-547 • Berrisch-Rahmel S. COVID-19 und return to play. sportaerztezeitung.com/rubriken/training/1050/covid-19-und-return-to-play • Steinacker JM, Schellenberg J, Bloch W et al. Recommendations for return-to-sport after COVID-19: Expert consensus. Dtsch Z Sportmed. 2022;73, No. 4 [2022]:127-136

Procedere und Inhalte der sportmedizinischen Untersuchung vor „Return to Sports“ im [Hoch-]Leistungssport - Inhalte der sportmedizinischen Untersuchung vor „Return to Sports“ (ÖGSMP):

Anamnese und körperliche Untersuchung

- Labor: angepasst an Symptomatik und Krankheitsmanifestation, z. B. Diff.-Blutbild, CRP, Leber- und Nierenwerte, CK, Na, K, Mg; Troponin und NT-proBNP
- Spirometrie (= Lungenfunktionstest; falls indiziert: Bodyplethysmografie inkl. Diffusionskapazität)
- Ruhe-EKG
- Echokardiografie (fakultativ bei asymptomatischem und mildem Verlauf, obligat bei moderatem und schwerem Verlauf)
- Belastungs-EKG (fakultativ bei asymptomatischem und mildem Verlauf, obligat bei moderatem und schwerem Verlauf), empfehlenswert als Spiroergometrie mit Sauerstoffsättigung, zusätzlich mit Blutgasanalyse nach COVID-19 mit Pneumonie

Bei unauffälligen Untersuchungsbefunden

- Freigabe für den [Hoch-]Leistungssport
- Umfang- und Intensität des Trainings sowie Zeitpunkt der Teilnahme an Wettkämpfen in Abstimmung mit Sportärztinnen und Ärzten, Trainerinnen und Trainern und Verband

ANKÜNDIGUNG



Surfing the waves of changes in General Practice/ Family Medicine Education

Keynote Speakers:

- Dr. Pavlo Kolesnyk, Uzhgorod National University
- Prof. Dr. Igor Švab, Faculty of Medicine, University of Ljubljana
- Prof. Marco Antonio de Carvalho, University Medical Center Groningen
- Assoc. Prof. Roar Maagaard, University of Aarhus
- Sjim Romme, MSc. PhD candidate Maastricht University
- Matthijs Bosveld, MSc. MD., PhD candidate Maastricht University

ZUM
PROGRAMM

